Eva Schumann

DIGNITAS – VOLUNTAS – VITA

Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht



Universitätsverlag Göttingen

Eva Schumann

Dignitas-Voluntas-Vita

erschienen im Universitätsverlag Göttingen 2006

Eva Schumann

Dignitas-Voluntas-Vita

Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht

Göttinger Antrittsvorlesung im Januar 2006



Universitätsverlag Göttingen
2006

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Anschrift der Autorin
Prof. Dr. Eva Schumann
Professur für Deutsche Rechtsgeschichte und Bürgerliches Recht
Georg-August-Universität Göttingen
Weender Landstr. 2, 37073 Göttingen
e.schumann@jura.uni-goettingen.de

Umschlaggestaltung: Maren Büttner, Kilian Klapp
Umschlagabbildung: Hieronymus Brunschwig. Dis ist das Buch der Cirurgia: Hantwirckung der Wundartzny/Faks.-Ausg. der Inkunabel GW 5593 aus der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen (Sign.: 4 MED CHIR I, 13060 INC, Blatt 32 r.) Straßburg 1497, bei Johannes Grüninger.

http://univerlag.uni-goettingen.de

ISBN-10: 3-938616-49-0
ISBN-13: 978-3-938616-49-9

Meiner Mutter Gabriele Schumann
(30.7.1941-24.5.2003)
und
meiner Patentante Helga Klein
(7.8.1933-22.1.2006)

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung

Es wird viel gesprochen über Sterbehilfe und es genügen wenige Schlagzeilen aus der Tagespresse, um die Breite der öffentlichen Debatte und die gegensätzlichen Positionen aufzuzeigen: Da wird einerseits die Forderung nach einem Sterben ohne Schmerzen und nach einer Überwindung des letzten Tabus, der aktiven Sterbehilfe, erhoben,[1] während sich andererseits die Berichterstattung über die Euthanasiegesetze der Niederlande und Belgiens auf Szenarien des Missbrauchs beschränkt[2] und das Angebot der Hilfe beim Suizid durch den Schweizer Sterbehilfeverein „Dignitas“ als „Teufelswerk“ bezeichnet wird.[3] Die Justizministerkonferenz von Bund und Ländern hat erst vor kurzem wieder einen Vorstoß zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe abgelehnt[4] und Bundespräsident Horst Köhler, der

[1] So van den Daele, Am Ende, Sterbehilfe ist längst akzeptiert, das Verbot lässt sich nicht halten, Die Zeit v. 27.10.2005, S. 4. Vgl. auch Drieschner, Ein Mann, der dringend sterben wollte, Die Zeit v. 27.10.2005, S. 3.

[2] „Nachbarn ohne Skrupel?“ titelte Die Zeit v. 27.10.2005, S. 4. Vgl. weiter „Der Gedanke des Tötens“, Der Spiegel 30/2004, S. 86 ff.

[3] Berger, Ist Sterbehilfe Teufelswerk? Die niedersächsische FDP diskutiert mit Dignitas-Gründer Minelli, Göttinger Tageblatt v. 29.11.2005, S. 4. Vgl. auch Willmann, Dignitas ist ein diktatorischer Verein, Die Zeit v. 27.10.2005, S. 5. Zur Vereinigung „Dignitas“ und zur Rechtslage in der Schweiz vgl. BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 27 ff., 38 ff. (mit Hinweis darauf, dass die Mehrzahl der Dignitas-Toten aus Deutschland stammt). Nach Angaben von Krause, Stuttgarter Nachrichten v. 27.9.2005, S. 3 haben im Jahr 2004 ca. 90 deutsche Patienten mit Hilfe von „Dignitas“ in der Schweiz Suizid begangen.

[4] „Justizminister lehnen Sterbehilfe ab“, SZ v. 18.11.2005, S. 7. Vgl. auch „Zypries gegen aktive Sterbehilfe“, SZ v. 17.10.2005, S. 6.

sich ebenfalls gegen die Zulassung aktiver Sterbehilfe aussprach, mahnte angesichts des sensiblen Themas einen „breiten gesellschaftlichen Konsens“ an.[5] Nach aktuellen Umfragen scheint sich dieser bereits herausgebildet zu haben, denn fast 75% der deutschen Bevölkerung befürwortet aktive Sterbehilfe bei schwerer Krankheit.[6]

Dass die Wertvorstellungen der Mehrheitsbevölkerung in so starkem Maße von der nahezu geschlossenen Ablehnung aktiver Sterbehilfe durch Wissenschaft, Politik, Kirchen und Ärzteverbände abweichen,[7] mag auch daran liegen, dass trotz der öffentlich geführten Debatte über Sterbehilfe das Sterben selbst nach wie vor ein Tabu ist.[8] Wer für sich selbst einen schnellen, schmerzlosen und mit ärztlicher Hilfe herbeigeführten Tod fordert, glaubt oder hofft jedenfalls, sich der Auseinandersetzung mit dem Sterben als Bestandteil des eigenen Lebens entziehen zu können.

---

[5] „Köhler fordert Klarheit bei Patientenverfügung“, SZ v. 10.10.2005, S. 6.

[6] Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie im Februar/März 2001; dazu Uhlenbruck, NJW 2001, S. 2770; Kutzer, ZRP 2003, S. 209, 210 (Fn. 2); Fischer, S. 204 f. Vgl. weiter Höfling/Schäfer, DRiZ 2005, S. 248 f. Hingegen sprachen sich vor 30 Jahren nur rund 50% der deutschen Bevölkerung für aktive Sterbehilfe aus, vgl. dazu Reiter, S. 185, 188 f.; Fischer, S. 224 f. Weitere Nachweise bei Hohenstein, S. 1 f.

[7] Insb. die in den letzten Jahren eingesetzten und interdisziplinär besetzten Kommissionen des Bundes und einzelner Länder lehnen aktive Sterbehilfe entschieden ab. Lediglich die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 72 hat sich in Ausnahmefällen für ein Absehen von Strafe bei einer Tötung auf Verlangen ausgesprochen, wobei dem Patienten kein Anspruch auf Vornahme aktiver Sterbehilfe eingeräumt werden soll; dazu Mertin, ZRP 2004, S. 170, 171; Kutzer, FPR 2004, S. 683, 684 f. Vgl. weiter Birgit Schröder, S. 139 ff.; Fischer, S. 195 ff.

[8] So auch Fischer, S. 95 ff. Vgl. weiter van Oorschot/Wedding, Der Onkologe 2005, S. 367 ff.

Neben die individuelle Verdrängung des Sterbens tritt die Verdrängung der Sterbenden aus dem Kreis der Lebenden. An der von Norbert Elias Anfang der 1980er Jahre konstatierten Einsamkeit der Sterbenden hat sich kaum etwas geändert, denn unsere Gesellschaft begreift Sterben und Tod auch nicht mehr als Teil des Lebens anderer. Oder könnten wir uns heute Michelangelos Pietà, die trauernde Mutter mit dem Leichnam ihres Sohnes auf dem Schoß, als wirkliches Ereignis vorstellen?[9] Tote gehören schon lange nicht mehr zu Hause aufgebahrt, gestorben wird im Krankenhaus und den letzten Schritt dieser Entwicklung vollziehen wir gerade, indem wir die dem Sterben vorgelagerte Phase der Pflege mehr und mehr professionalisieren.[10]

Vor diesem Hintergrund dreht sich die Sterbehilfediskussion um die Frage, wann und wie gestorben wird. Etwa ¾ der deutschen Bevölkerung möchte zu Hause sterben, tatsächlich sterben aber fast genauso viele Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen.[11] Der allseits erhobenen Forderung nach einem selbst bestimmten Leben einschließlich seiner letzten Phase steht eine Sterbewirklichkeit gegenüber, die weniger von Selbstbestimmung als von dem jeweiligen Angebot (palliativ-) medizinischer Maßnahmen, der Entscheidung naher Angehöriger sowie in Konfliktfällen durch die Kontrolle des Vormundschaftsgerichts geprägt ist. Kaum zuversichtlich stimmt in diesem Zusammenhang, dass – wie mehrere Befragungen aus den letzten Jahren belegt haben – sowohl in der Ärzteschaft als auch unter Vormundschaftsrichtern in erschreckendem Maße Unsicherheiten bestehen, einzelne Behandlungsmaßnahmen den rechtlich unterschiedlich zu beurteilenden Fallgruppen

[9] So Elias, S. 48.
[10] Dazu auch Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327, 335 f.
[11] Dazu Fischer, S. 98 ff. Vgl. aber auch Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 75.

aktiver, passiver oder indirekter Sterbehilfe richtig zuzuordnen.[12]

Diese Unsicherheiten hängen nicht zuletzt damit zusammen, dass die juristische Abgrenzung verschiedener Formen der Sterbehilfe dem medizinischen Alltag nur in Ansätzen gerecht wird.[13] Hinzu kommt, dass der Begriff „Sterbehilfe“[14] heute nicht mehr nur *Hilfe im Sterben* im Sinne der Begleitung eines natürlichen Sterbeprozesses einschließlich Schmerzlinderung umfasst, sondern auch *Hilfe zum Sterben*, d. h. die Herbeiführung des Todes durch aktives Tun oder durch das Unterlassen weiterer ärztlicher Behandlung.[15]

---

[12] Simon/Lipp/Tietze/Nickel/van Oorschot, MedR 2004, S. 303 ff.; Weber/Stiehl/Reiter/Rittner, Dt. Ärzteblatt 98, A 3184, 3186; Otto, ZfL 2002, S. 42, 43 ff.; Höfling, ZRP 2005, S. 92, 94 ff. Vgl. weiter Bühler/Kren/Stolz, BtPrax 2002, S. 232 ff.; Vollmert, S. 27 f., 32 f., 143 ff.; Kutzer, FPR 2004, S. 683, 685 (Fn. 20) mwN. Vgl. auch die Entscheidung LG Ravensburg, NStZ 1987, S. 229, 230 zur strafrechtlichen Bewertung der Abschaltung eines Beatmungsgeräts.

[13] Kritisch daher auch Wernstedt, S. 71 ff.

[14] Ein Rückgriff auf den griechischen Begriff der „Euthanasie“ liegt in Deutschland eher fern, verspricht im Übrigen aber auch keine größere Klarheit. Denn auch der „gute Tod“ kommt in der Antike in großer Bedeutungsbreite vor. Dazu Benzenhöfer, Der gute Tod?, S. 15 ff., insb. 21 f. Vgl. weiter Wernstedt, S. 66 f.

[15] Bis in die 1990er Jahre haben die höchstrichterliche Rechtsprechung und die h. L. unter Sterbehilfe in erster Linie die *Hilfe im Sterben* verstanden (dazu Lilie, S. 273 f.). Kritisch zu dem heute weiten Verständnis von „Sterbehilfe“ etwa Schroeder/Maiwald, § 1 RdNr. 30; Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, § 211 RdNr. 11 f. Vgl. weiter Wessels/Hettinger, § 1 RdNr. 30; Beckmann, DRiZ 2005, S. 252 ff.

II. Historische Entwicklung

(1) Mittelalter und Frühe Neuzeit

Obwohl sich Philosophie[16] und Medizin[17] bereits in der Antike mit einzelnen Fragestellungen ärztlicher Sterbehilfe beschäftigt hatten, finden sich im mittelalterlichen und frühneuzeitlichen deutschen Recht kaum Bestimmungen zur Sterbehilfe, wenngleich sich das mittelalterliche Recht durchaus mit arztrechtlichen Fragen beschäftigte. Schon die frühmittelalterlichen Rechte der fränkischen Zeit enthalten seit dem sechsten Jahrhundert – zum Teil noch in Anknüpfung an die spätantike Heilkunst – Regelungen über die durch unsachgemäße ärztliche Behandlung eines Kranken verursachte Tötung, über die Höhe und Erstattung der Arztkosten und selbst über den Arzt in seiner Funktion als Gutachter vor Gericht, der den Eid auf seine Instrumente schwören muss.[18] Lediglich eine Bestimmung des

[16] Dazu Benzenhöfer, Der gute Tod?, S. 30 ff.

[17] Der Text des hippokratischen Eides (um 400 v. Chr.) belegt, dass aktive Sterbehilfe bei Ärzten jedenfalls angefragt und vermutlich auch vereinzelt praktiziert wurde. Die eidliche Verpflichtung des Arztes, „niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift zu geben und auch keinen Rat dazu zu erteilen“, beschreibt aus heutiger juristischer Perspektive – je nach Tathergang – sowohl die strafbare Tötung auf Verlangen als auch die straffreie Beihilfe zur Selbsttötung. Dazu auch Benzenhöfer, Der gute Tod?, S. 13 f.

[18] Zu der durch unsachgemäße ärztliche Behandlung eines Kranken verursachten Tötung etwa Lex Visigothorum (um 654) XI 1, 6. Zur Höhe und Erstattung der Arztkosten vgl. Pactus legis Salicae (um 500) XVII 7, XXIX 18, LXXI 1-2; Lex Visigothorum XI 1, 3-5, 7; Edictum

westgotischen Rechts aus der Mitte des siebten Jahrhunderts, die vermutlich auf ältere Textschichten zurückgeht, regelt einen Spezialfall der Hilfe zum Sterben, indem Ärzten der Besuch von hochgestellten Gefangenen untersagt wird, um zu verhindern, dass sich die Inhaftierten mit Hilfe eines Arztes töteten.[19]

Die erste reichsweit (subsidiär) geltende Strafprozessordnung, die Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. von 1532 (sog. Constitutio Criminalis Carolina), enthielt in Art. 134 eine Regelung über die Strafbarkeit eines Arztes wegen Verursachung des Todes eines Patienten durch unsachgemäße Verabreichung von Medikamenten (*Straff so eyn artzt durch sein artzenei tödtet*)[20] und privilegierte den fahrlässig handelnden Arzt gegenüber dem Giftmörder, der mit dem Rad zum Tode gebracht wurde (Art. 130). Der folgende Art. 135 erfasste zwar den Suizid u. a. auch in der Fallgestaltung, dass sich jemand *sunst auß kranckheyten des leibs melancolei, gebrechlicheyt jrer sinn oder ander dergleichen blödigkeyten selbst tödtet*;[21] eine Beziehung zwischen beiden Regelungen wurde jedoch nicht hergestellt.

Rothari (643) 78-79, 82-84, 87, 89, 94, 96, 101-103, 107, 110-112, 118, 128. Zum Arzt als Gutachter vor Gericht insb. Pactus Alamannorum (um 625) I 1-2; Lex Alamannorum (um 725) LVII 5.

[19] Lex Visigothorum XI 1, 2: *Ne medicus custodia retentos visitare presumat. Nullus medicorum, ubi comites, tribuni aut vilici in custodia retruduntur, introire presumat, ne illi per metum culpe sue mortem sibi ab eodem explorent.*

[20] Eine entsprechende Regelung enthielt schon Art. 159 der Bambergischen Peinlichen Gerichtsordnung von 1507.

[21] Art. 135 (*Straff eygner tödtung*) ordnete – ebenso wie schon Art. 160 der Bambergensis – an, dass der Suizid eines Kranken oder Gebrechlichen keine Vermögensstrafe nach sich ziehen solle. Die Carolina folgte insoweit dem Grundsatz des Sachsenspiegels, dass die Güter eines Selbstmörders an die Erben fallen sollen (Ssp. Ldr. II 31 § 1 *Wer von gerichtes halben sinen lip verlusit adir tut her im selber den tot, sin neste mag nimt sin erbe*), während zahlreiche andere spätmittelalterlichen Rechte den Suizid mit dem Einzug des Vermögens zugunsten des Fiskus bestraften. Zur Vermögenseinziehung als Strafe für den Suizid vgl. Schnieders, S. 157 ff. mwN, insb. S. 158 zur Rechtslage im Spätmittelalter: „Die Zulässigkeit

Einzig die Kursächsischen Konstitutionen von 1572 enthalten einen Spezialfall zur Tötung Schwerkranker und Sterbender unter der Überschrift *Strafe derer, so zur Zeit der Pestilenz, die Krancken umbbringen, und sie bestehlen, oder ihnen keinen nothdürfftigen Unterhalt geben*. Denjenigen, die einen Sterbenden töteten, um ihn zu berauben, war die Strafe des Rades angedroht; in allen anderen Fällen der aktiven Tötung eines Sterbenden sollte der Täter mit dem Schwert gerichtet werden. Diejenigen aber, die einen Kranken *verschmachten und Hungers sterben* ließen, sollten für ihr Unterlassen *willkührlich mit Gefängniß oder Verweisung [...] gestraffet werden*.[22] Die Pflicht, einen Schwerkranken oder Sterbenden bis zum Tod zu pflegen und mit dem Nötigsten zu versorgen, galt somit selbst bei Gefahr für Leib und Leben.

(2) 18. und 19. Jahrhundert

An eine Privilegierung der Tötung auf Verlangen, in deren Kontext die *ärztliche Sterbehilfe* auf Wunsch eines schwer kranken Patienten gehört, war erst in Folge des mit der französischen Aufklärungsphilosophie beginnenden Kampfes gegen die Selbstmordstrafen zu denken.[23] Als Friedrich der Große 1751 unter dem Einfluss Montesquieus[24] und vor allem Voltaires,

---

der Vermögenseinziehung im Falle des Freitodes war somit offenbar keine allgemein übliche, aber überaus weit verbreitete Praxis.“ Zur Strafbarkeit des Suizids vgl. weiter Baumgarten, S. 108 ff.

[22] Des Kurfürst August Verordnungen und Constitutionen von 1572, Quarta Pars, Criminalia, Const. V.

[23] Erste, allgemeine Überlegungen zur Sterbehilfe bei unheilbar Kranken finden sich in England allerdings schon im Jahre 1516 bei Thomas Morus und 1623 bei Francis Bacon. Dazu Benzenhöfer, Der gute Tod?, S. 61 ff., 66 ff.; Kutzer, ZRP 2003, S. 209, 210.

[24] Friedrich der Große hatte Montesquieus Werk über „Größe und Niedergang Roms“ in den 1730er Jahren mit folgender Marginalie versehen: *Tout acte qui se fait avec le consentement des parties est légal: or, dès que je résous de*

der zu dieser Zeit an Friedrichs Hof weilte, die weltlichen Selbstmordstrafen aufhob,[25] war er seiner Zeit weit voraus. Nahezu alle deutschen Juristen der Aufklärungszeit, namentlich Samuel Pufendorf, Christian Thomasius und Christian Wolff, sprachen sich für eine Bestrafung des Selbstmordes aus.[26] Selbst in Frankreich wurde die Strafe des Selbstmordes erst 1790 durch die Nationalversammlung aufgehoben und die anderen deutschen Territorien folgten dem preußischen Beispiel in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.[27]

Es überrascht daher nicht, dass die Tötung auf Verlangen erstmals im Strafrechtsteil des *Allgemeinen Landrechts für die Preußischen Staaten* von 1794 (ALR) zusammen mit der Beihilfe zum Suizid privilegiert worden ist. Die vorgesehene Festungs- oder Zuchthausstrafe von sechs bis zehn Jahren[28] stellte eine erhebliche Privilegierung gegenüber dem Grundtatbestand des Mordes (ALR II 20 § 826) als eines mit *vorher überlegtem Vorsatze* begangenen Totschlags dar, der nach wie vor mit der Strafe des Rades von oben herab belegt war.[29] Allerdings lässt die Regelung – obwohl im Abschnitt über die Körperverletzungs- und

m'ôter la vie, je donne mon consentement; donc ce n'est point une violence, et c'est un acte volontaire qui par cela même devient juste. (Schuckert, S. 79, 166). Vgl. auch v. Engelhardt, S.19 f.

[25] Dazu Bernstein, S. 33.

[26] Dazu Bernstein, S. 30 ff. Vgl. weiter v. Engelhardt, S. 21 f.; Baumgarten, S. 112 ff.

[27] Dazu Bernstein, S. 44.

[28] ALR II 20 § 834: *Wer einen Andern auf dessen Verlangen tödtet, oder ihm zum Selbstmorde behülflich ist, hat sechs- bis zehnjährige, und bey einem überwiegenden Verdachte, den Wunsch nach dem Tode bey dem Getödteten selbst veranlaßt zu haben, lebenswierige Festungs- oder Zuchthausstrafe verwirkt.*

[29] Zwar erwähnte auch schon das *Verbesserte Land-Recht des Königreichs Preussen* von 1721 die Tötung des Einwilligenden, nahm sie aber ausdrücklich von einer Privilegierung aus (6. Buch, 6. Tit., Art. 2, § 3): *Wer einem das Leben nimmt und todt schläget, ob gleich der Erschlagene solches verlanget, und den Occisorem darum gebehten hätte, der soll ebenfals durch das Schwerdt vom Leben zum Tode gebracht werden.*

Tötungsdelikte sehr detailliert in etwa 30 Bestimmungen die strafrechtliche Verantwortung der Apotheker, Ärzte und Hebammen bei einem Fehlverhalten in Ausübung ihres Berufes (ALR II 20 §§ 693-721) beschrieben wird – keinerlei Bezüge zur ärztlichen Tätigkeit erkennen.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts fand die strafrechtliche Privilegierung der Tötung auf Verlangen zwar auch in andere deutsche Strafgesetzbücher Eingang,[30] stieß aber überwiegend auf Ablehnung[31] und wurde auch in Preußen mit der Gesetzesrevision von 1851 wieder abgeschafft.[32]

Das Allgemeine Landrecht von 1794 enthielt aber noch eine weitere Regelung zur aktiven Sterbehilfe, die in dieser Form bis heute singulär blieb. Danach sollte derjenige, der einem tödlich Verwundeten oder sonst Todkranken in vermeintlich guter Absicht das Leben abkürzt, gleich einem fahrlässigen Totschläger, d.h. mit Gefängnis- oder Festungsstrafe von einem Monat

---

[30] Criminalgesetzbuch für das Königreich Sachsen v. 1838 (Art. 125), Strafgesetzbuch für das Königreich Württemberg v. 1839 (Art. 239), Criminalgesetzbuch für das Herzogthum Braunschweig v. 1840 (§ 147), Criminalgesetzbuch für das Herzogthum Sachsen-Altenburg v. 1841 (Art. 125), Strafgesetzbuch für das Großherzogthum Hessen v. 1841 (Art. 257), Strafgesetzbuch für das Großherzogthum Baden v. 1845 (§ 207), Strafgesetzbuch für das Herzogthum Nassau v. 1849 (Art. 250), Strafgesetzbuch für die Thüringischen Staaten v. 1850 (Art. 120), Strafgesetzbuch für das Königreich Sachsen v. 1855 (Art. 157).

[31] Etwa Abegg, Untersuchungen, S. 62 ff. zur Tötung auf Verlangen im ALR (insb. S. 65): „Jene unrichtigen Principien finden sich sogar in neuern Gesetzgebungen, wo sie nur zufolge falscher s.g. zur Zeit der Abfassung gangbarer naturrechtlicher Begriffe Eingang finden konnten." Weitere Nachweise bei Heffter, S. 182 f. (Fn. 11).

[32] Als Begründung für die Streichung der Regelung wurde angegeben, dass diese für die öffentliche Sicherheit gefährlich sei, weil sie „zur Entschuldigung für die schwersten Verbrechen mißbraucht werden" könne (Beseler, S. 348).

bis zu zwei Jahren bestraft werden.[33] Die Privilegierung knüpfte an zwei Voraussetzungen an, zum einen an das edle Motiv des Täters und zum anderen an den herannahenden Tod des Opfers, der eine Minderung des Lebensschutzes rechtfertigte; auf den Willen des Sterbenden kam es hingegen nicht an. Mit dieser Bestimmung war nicht nur erstmals in Deutschland eine Sonderregelung für die Lebensverkürzung bei einer ohnehin tödlich verlaufenden Krankheit oder Verletzung geschaffen,[34] vielmehr war diese im Verhältnis zur Tötung auf Verlangen auch erheblich stärker privilegiert worden.

Während sich das „edle Motiv“ auf Täterseite als Anknüpfungspunkt für eine Privilegierung in Deutschland nicht durchsetzen konnte, wurde der Umstand, dass der Getötete sich zum Zeitpunkt der Tat bereits im Stadium des Sterbens befand, Mitte des 19. Jahrhunderts auch in fünf weiteren deutschen Strafgesetzbüchern berücksichtigt und zwar in Form einer doppelten Privilegierung für den Fall, dass der Täter einen Sterbenden auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen getötet hatte, so beispielsweise in § 147 des Criminalgesetzbuchs für das Herzogthum Braunschweig von 1840:

„*Ist der Thäter durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getödteten zu der Tödtung bestimmt, so ist auf Gefängniß nicht unter Ein Jahr, und, falls der Entleibte ein Todtkranker oder tödtlich Verwundeter*

[33] ALR II 20 § 833: *Wer tödtlich Verwundeten, oder sonst Todkranken, in vermeintlich guter Absicht das Leben abkürzt, ist gleich einem fahrläßigen Todschläger nach § 778. 779. zu bestrafen.*

[34] Mit der Gesetzesrevision von 1851 wurde auch diese Bestimmung wieder abgeschafft. Eine ähnliche Regelung findet sich aber noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Ausland, so Allgemeines Bürgerliches Strafgesetz für das Königreich Norwegen v. 22.5.1902 (§ 235): [...] *hat jemand aus Mitleid einen hoffnungslosen Kranken des Lebens beraubt oder dazu mitgewirkt, so kann die Strafe unter das sonst angedrohte Mindestmaß und auf eine mildere Strafart herabgesetzt werden.*

war, auf Gefängniß von drei Monaten bis von Einem Jahre zu erkennen.“[35]

Die zunächst nahe liegende Vermutung, dass diese doppelte Privilegierung in erster Linie Ärzten zugute kommen sollte, wird allerdings durch die in der Strafrechtswissenschaft im 19. Jahrhundert diskutierten Fälle widerlegt. Aus dem Schrifttum sei exemplarisch ein Beitrag von Mittermaier im Archiv für Preußisches Strafrecht von 1861 mit dem Titel *Die Beihülfe zum Selbstmord, und die Tödtung eines Einwilligenden nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Gesetzgebung, Rechtsprechung und Wissenschaft geprüft* genannt, der zwölf häufig in der Praxis vorkommende Fälle behandelt, jedoch in keinem einzigen Fall die Beteiligung eines Arztes erwähnt.[36] Der klassische Fall war vielmehr die Erlösung des tödlich verwundeten Kameraden auf dem Schlachtfeld, dessen fürchterlichen Qualen auf ausdrückliches Verlangen ein Ende gesetzt worden war.[37]

Auch die Materialien zum Reichsstrafgesetzbuch von 1871[38] belegen, dass die umstrittene Regelung des § 216 RStGB erst im Laufe der zweiten Beratung Aufnahme fand, nachdem ein Abgeordneter in einem leidenschaftlichen Redebeitrag anhand des Schlachtfeldbeispiels die Notwendigkeit einer Privilegie-

[35] Zu nennen sind weiter: Criminalgesetzbuch für das Königreich Sachsen v. 1838 (Art. 125), Strafgesetzbuch für das Königreich Württemberg v. 1839 (Art. 239), Strafgesetzbuch für das Großherzogthum Baden v. 1845 (§ 207), Strafgesetzbuch für die Thüringischen Staaten v. 1850 (Art. 120). Ganz überwiegend wurde aber vertreten, dass jeder Mensch – auch der Sterbende – dem vollen Lebensschutz unterliege, vgl. etwa Anmerkungen zum Strafgesetzbuche für das Königreich Baiern, S. 2 f.; Abegg, Lehrbuch der Strafrechts-Wissenschaft, S. 318.

[36] Mittermaier, Archiv für Preußisches Strafrecht 9 (1861), S. 433-441.

[37] Etwa Gross, S. 137; Beseler, S. 348 f.; Abegg, Archiv des Criminalrechts NF, 1840, S. 434, 437 f.

[38] Zur Tötung auf Verlangen im Entwurf eines Strafgesetzbuchs für den Norddeutschen Bund vgl. Horn, S. 10 f.

rung der Tötung auf Verlangen dem Plenum vor Augen geführt hatte.[39] Die Einführung des Straftatbestands der Tötung auf Verlangen stand somit nicht im Zusammenhang mit der Privilegierung ärztlicher Sterbehilfe,[40] so wie auch insgesamt bis zum Ende des 19. Jahrhunderts in der deutschen Strafrechtswissenschaft und -praxis die aktive Sterbehilfe durch einen Arzt kaum fassbar ist.[41]

---

[39] Redebeitrag des Abgeordneten v. Steinmetz zur Einführung mildernder Umstände bei Tötung auf Verlangen, Stenographische Berichte, S. 639, 659: „Allein ich möchte mir doch erlauben, darauf aufmerksam zu machen, daß es Zustände geben kann, in denen eine solche Handlung wohl eine Entschuldigung verdienen kann. Ich führe Sie auf's Schlachtfeld. Es ist gar keine vereinzelte Erfahrung, daß wenn man nach einem heißen Kampfe über ein Schlachtfeld geht oder reitet, man von da und dort um Gottes willen gebeten wird, doch den Martern ein Ende zu machen, unter denen Dieser oder Jener dem sicheren Tode entgegengeht. Wenn wir ein Thier auf dem Schlachtfelde leiden sehen, da hat kein Mensch auch nur den geringsten Zweifel, was er thut, hat er eine Pistole bei sich, so schießt er es über den Haufen. Wenn ein Freund seinen Freund so leiden sieht, wenn dessen fürchterliche Qualen und flehentliche Bitten in ihn eindringen und er sich selbst sagt: es muß ja zu Ende gehen, es ist ja nur eine Qual, eine Marter, der mein Freund jetzt unterliegt, - da will ich es nicht rechtfertigen, aber ich sage doch: es ist ein Akt der Humanität, wenn sich Jemand dadurch hinreißen läßt."

[40] Im Vergleich zum europäischen Ausland muss die seit 1871 reichsweit geltende Privilegierung der Tötung auf Verlangen mit einem Strafmaß von Gefängnis nicht unter drei Jahren als ausgesprochen fortschrittlich bewertet werden, sahen doch beispielsweise der code pénal, das italienische und englische Strafrecht keine Privilegierung für die Tötung auf Verlangen vor, während das Niederländische Strafgesetzbuch von 1881 die Tötung auf Verlangen zwar privilegierte, jedoch mit einer Gefängnisstrafe von zehn bis zwölf Jahren belegte. Dazu Rupp, S. 25; Zimmermann, Archiv für Strafrecht 29 (1881), S. 435, 443.

[41] Nur vereinzelt lassen sich Beispiele finden, etwa Abegg, Archiv des Criminalrechts NF, 1840, S. 434, 439; v. Holtzendorff, S. 446. Von diesen beiden Beispielen abgesehen blieb die Suche nach der Behandlung ärztlicher Sterbehilfe in der juristischen Literatur des 19. Jahrhunderts erfolglos. Auch Holzhauer, ZRP 2004, S. 41, 42 weist darauf hin, dass

Im medizinischen Schrifttum wurde die lebensverkürzende Sterbehilfe durch einen Arzt zwar deutlich früher und breiter diskutiert, jedoch ganz überwiegend abgelehnt. Der berühmte Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) definierte Anfang des 19. Jahrhunderts Sterbehilfe als Begleitung des Sterbenden durch den Arzt: „Selbst im Tode soll der Arzt den Kranken nicht verlassen; noch da kann er sein großer Wohlthäter werden, und wenn er ihn nicht retten kann, wenigstens das Sterben erleichtern".[42] Eine lebensverkürzende Schmerzbehandlung lehnte Hufeland entschieden ab und berief sich dabei auf den hippokratischen Eid: „Das Leben der Menschen zu erhalten und wo möglich zu verlängern, [sei] das höchste Ziel der Heilkunst, und jeder Arzt [habe] geschworen, nichts zu thun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könne".[43] Der Arzt habe Leben zu erhalten:

„ob es ein Glück oder Unglück sey, ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen,

erst „bei späteren Revisionen des Strafrechts die arztrechtliche Relevanz dieses Straftatbestands ins Bewusstsein trat."

[42] Hufeland, Neues Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunft 16/3 (1806), S. 5, 14. Dieser Satz Hufelands widerlegt im Übrigen die Behauptung, dass sich Ärzte traditionell nur als Heiler verstehen (etwa Voltz, Mehr als Schmerzen lindern, Die Zeit v. 27.10.2005, S. 5) und dass mit der Palliativmedizin, d.h. der Behandlung der Symptome einer tödlichen Krankheit, das Aufgabenfeld des Arztes erst in jüngster Zeit erweitert worden sei.

[43] Hufeland, Neues Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst 16/3 (1806), S. 5, 14.

um den Unwerth, und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“[44]

Auch nahezu die gesamte medizinische Literatur nach Hufeland verstand bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts unter Sterbehilfe die Schmerzlinderung in der Sterbephase und die Erleichterung des natürlichen Todes bei einem Sterbenden.[45] Die Diskussion um den Wert oder Unwert eines Menschenlebens und die im Zusammenhang damit stehenden utilitaristischen Überlegungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Pflege eines dahinsiechenden Kranken als Teilaspekt sozialdarwinistischer, eugenischer und rassenhygienischer Forderungen setzte erst mit dem ausgehenden 19. Jahrhundert ein, wenngleich Hufeland sie bereits vorausgeahnt zu haben scheint.[46]

(3) Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts

Die Wende zur aktuellen Sterbehilfediskussion leitete im Jahre 1895 der Göttinger Philosophiestudent Adolf Jost mit der Studie „Das Recht auf den Tod“ ein. In der Einleitung seiner Studie wies Jost ausdrücklich darauf hin, dass er mit seinen Überlegungen Neuland betrete:

„*Daß es ein Recht auf den Tod für arme geistig oder körperlich kranke Menschen geben könne, daß dies viel wichtiger wäre, als alle sentimentalen Selbstmorde wegen unglücklicher Liebe und dergleichen, daß wir vielleicht alle eine Pflicht verletzen, wenn wir diese Unglücklichen ihren hoffnungslosen Leiden überlassen, an diese Möglichkeit denkt man gar nicht.*“[47]

---

[44] Hufeland, Neues Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst 16/3 (1806), S. 5, 15 f.
[45] Dazu Benzenhöfer, Der gute Tod?, S. 74 ff. mwN; Nagel, S. 29.
[46] So auch Benzenhöfer, Der gute Tod?, S. 77 ff.
[47] Jost, S. 2. Dazu auch Buschendorf, S. 49 ff.; Baumgarten, S. 139 f.

Jost forderte vom ethischen Standpunkt aus die Anerkennung eines Rechts auf den Tod bei unheilbarer Krankheit und folgerte daraus erstmals einen „Anspruch des Kranken auf praktische Umsetzung dieses Rechts".[48] Nach seinen Vorstellungen sollte ein Arzt auf Wunsch des kranken Patienten aktiv Sterbehilfe leisten, indem er den Kranken zunächst narkotisieren und sodann in der Narkose durch rasch wirkende Injektion töten sollte. Dieses Angebot sollte nicht nur entscheidungsfähigen Patienten, sondern auch geisteskranken Patienten zur Verfügung gestellt werden.[49]

Im juristischen Schrifttum legte 1920 die aus zwei Teilen bestehende Schrift des Strafrechtlers Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens"[50] den Grundstein für die weitere Diskussion über ärztliche Sterbehilfe bis heute.[51]

Binding befürwortete – unter Weiterentwicklung des Ansatzes Adolf Josts[52] – aktive Sterbehilfe u. a. für schwer kranke, bewusstlose oder geistig behinderte Patienten („unheilbar Blöd-

---

48 Jost, S. 3, 44.

49 Jost, S. 44, 47.

50 Auch wenn Binding die Schrift unmittelbar vor seinem Tod und unter dem Eindruck des ersten Weltkriegs verfasste, lassen sich deutliche Bezüge zu seiner bereits Jahrzehnte zuvor entwickelten Rechtsgutslehre erkennen. Nach Binding (Die Normen und ihre Übertretung, S. 353 ff.) verdienten nur solche Güter den Rechtsschutz der Gemeinschaft, die für sie von Wert waren. Jedes Rechtsgut, einschließlich des Lebens, unterzog er einem Werturteil (S. 356 f.): „[...] das Dasein von Personen oder Sachen, bestimmte Eigenschaften derselben, bestimmte Zustände sind von Wert für die Rechtsgemeinschaft; daraus folgt der Wert ihrer Erhaltung und der Unwert ihrer Veränderung. Dieses Werturteil ist zweifellos das einzige Motiv gesetzgeberischen Rechtsschutzes."

51 Zu Binding und zur Rezeption seines Werkes Schumann, S. 35 ff. mwN. Vgl. weiter die abschließende Bewertung von Kern, S. 145, 154.

52 Dazu Schumann, S. 35, 56 (Fn. 85, 86); Meltzer, S. 4.

sinnige“), bei denen der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hatte.[53] Zur Straffreiheit gelangte Binding über die Konstruktion einer doppelten Privilegierung, die zu einer Strafausschließung führen sollte. Als Privilegierungsgründe nannte er zum einen die Einwilligung des Getöteten und zum anderen das Unwerturteil über dessen Leben; in Anknüpfung an den zweiten Gesichtspunkt stellte Binding folgende Frage:

„Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat? Man braucht sie nur zu stellen und ein beklommenes Gefühl regt sich in Jedem, der sich gewöhnt hat, den Wert des einzelnen Lebens für den Lebensträger und für die Gesamtheit auszuschätzen. Er nimmt mit Schmerzen wahr, [...] welch Maß von oft ganz nutzlos vergeudeter Arbeitskraft, Geduld, Vermögensaufwendung wir nur darauf verwenden, um lebensunwerte Leben so lange zu erhalten, bis die Natur – oft so mitleidlos spät – sie der letzten Möglichkeit der Fortdauer beraubt. Denkt man sich gleichzeitig ein Schlachtfeld bedeckt mit Tausenden toter Jugend [...] und stellt man in Gedanken unsere Idioteninstitute mit ihrer Sorgfalt für ihre lebenden Insassen daneben – und man ist auf das tiefste erschüttert von diesem grellen Mißklang zwischen der Opferung des teuersten Gutes der Menschheit im größten Maßstabe auf der einen und der größten Pflege nicht nur absolut wertloser, sondern negativ zu wertender Existenzen auf der anderen Seite. Daß es lebende Menschen gibt, deren Tod für sie eine Erlösung und zugleich für die Gesellschaft und den Staat insbesondere eine Befreiung von einer Last ist, deren

[53] Von dieser Gruppe grenzte Binding im Sterben liegende Patienten ab; bei diesen sollte allein das qualvolle Leid die lebensverkürzende Sterbehilfe in Form „eine[r] tödliche[n] Morphiuminjektion [...], die schmerzlos [...] den Tod herbeiführt“, rechtfertigen, während es auf die „Einwilligung des gequälten Kranken gar nicht“ ankäme (Binding/Hoche, S. 17, 19). Bindings Auffassung (S. 18), dass in diesen Fällen bereits der Tatbestand eines Tötungsdeliktes nicht vorliege (keine „Tötungshandlung im Rechtssinne“), konnte sich in der Strafrechtswissenschaft nicht durchsetzen. Dazu Schumann, S. 35, 45 ff.

Tragung [...] nicht den kleinsten Nutzen stiftet, läßt sich in keiner Weise bezweifeln."[54]

Bindings utilitaristische Erwägungen stießen schon damals auf Kritik. Darüber hinaus wurde ihm vorgeworfen, dass in Fällen, in denen die Betroffenen aufgrund ihrer Bewusstlosigkeit oder ihrer geistigen Behinderung zu einer freien Willensbetätigung nicht in der Lage waren, eine Einwilligung von vornherein scheitern musste.[55]

Um dennoch zu einer doppelten Privilegierung zu gelangen, fingierte Binding die Einwilligung in die Tötung, in dem er bei Menschen, deren Leben er nach objektiven Kriterien als lebensunwert definierte, das Einverständnis mit dem Tod mutmaßte, wenn der Lebenswille nicht positiv geäußert war. Die Feststellung über den Unwert eines Lebens mündete somit in der Annahme, dass auch der Betroffene die Tötung angesichts seines Zustandes als Erlösung empfinden müsse.[56] Grundlage der aktiven Sterbehilfe war in diesen Fällen der Wert des Einzelnen für die Gesellschaft, wobei der Zustand eines bewusstlosen Patienten oder eines schwer geistig Behinderten nicht nur das „Unwerturteil" rechtfertigte, sondern zu einer Beweislastumkehr führte, wenn der Patient seinen Lebenswillen nicht positiv zum Ausdruck gebracht hatte, wozu er jedoch aufgrund seines Zustandes gerade nicht in der Lage war.

In der Strafrechtswissenschaft konnte sich dieser Ansatz Bindings nicht durchsetzen, und zwar auch nicht in den Jahren nach 1933.[57] Als geistigen Wegbereiter der Euthanasieaktionen

---

[54] Binding/Hoche, S. 27 f.
[55] Dazu Schumann, S. 35, 56 ff. mwN.
[56] Binding/Hoche, S. 31 ff. Dazu Schumann, S. 35, 54 f. mwN.
[57] Lediglich vereinzelt wurde im Dritten Reich die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe befürwortet, so etwa Frank, S. 118: „Nicht in den Bereich des Strafrechts gehört die Sterbehilfe. Denn die Volksgemeinschaft ist

im Dritten Reich[58] muss man Binding dennoch begreifen, zumal den beteiligten Ärzten im Juli 1939 vor Beginn der Aktionen mitgeteilt worden war, dass für die Durchführung ein „Begutachtungssystem eingerichtet werden solle, ähnlich wie in dem Werk von Hoche-Binding“.[59] Auch nach dem Krieg beriefen sich mehrfach angeklagte Ärzte auf die Rechtmäßigkeit ihrer Handlungen mit Hinweis auf das Binding'sche Verfahren zur Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens.[60]

(4) Zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts

Die weitere Entwicklung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeichnet sich vor allem durch eine Veränderung der Krankheits-, Alterungs- und Sterbeprozesse aus.[61] Zwar führte die Behandelbarkeit von Infektionskrankheiten und die Verbesserung der Ernährung und Hygiene schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem Anstieg der Lebenserwartung, jedoch nahmen an dieser Entwicklung die sozialen Schichten nicht gleichmäßig teil; vor allem aber sorgten die

---

nicht so erbarmungslos, dem unheilbar Kranken und dem Sterbenden sein Leben und seine Qual gegen dessen Willen aufzuzwingen.“ Dazu umfassend Benzenhöfer, Bemerkungen zur Binding-Hoche-Rezeption, S. 114, 119 ff. Zur Euthanasie-Diskussion in England und den USA in den 1930er Jahren vgl. Humphry/Wickett, S. 23 ff.

[58] Die Euthanasieaktionen im Dritten Reich, denen im Zeitraum zwischen 1939 und 1941 rund 80.000 Menschen zum Opfer fielen, waren ohne gesetzliche Grundlage und unter strenger Geheimhaltung durchgeführt worden. Dazu Schumann, S. 35, 58 ff. mwN.

[59] Klee, S. 84.

[60] Schumann, S. 35, 64 f. mwN; Benzenhöfer, Bemerkungen zur Binding-Hoche-Rezeption, S. 114, 131, 133.

[61] Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts war der Tod häufig Folge von Infektionskrankheiten, d.h. Menschen aller Altersgruppen starben überwiegend an akuter Erkrankung in relativ kurzer Zeit. Dazu Peter Marschalck, S. 24 ff., 42; Wehler, S. 7 ff., 493 ff.

beiden Weltkriege dafür, dass Millionen von Menschen gar nicht erst das Alter erreichten, in dem chronische oder degenerative Krankheiten nach einer jahrelangen Verschlechterung des Zustandes den Tod herbeiführen.[62]

Erst seit wenigen Jahrzehnten haben wir einen Entwicklungsstand erreicht, bei dem die große Mehrheit der Menschen erstens im hohen Alter und zweitens nach einer oft jahrelangen Phase des körperlichen und geistigen Abbaus stirbt.[63] Darüber hinaus gelingt es der Medizin seit einigen Jahrzehnten, bewusstlose Patienten über Jahre oder Jahrzehnte am Leben zu erhalten.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Schöpfung neuer Begrifflichkeiten und Tatbestände in Medizin und Rechtswissenschaft wider. Im Jahre 1965 führte der Medizinsoziologe Helmut Ehrhardt den Tatbestand der *künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung* ein, der schon durch Verknüpfung mit der Verlängerung von Leiden negativ geprägt war. Ehrhardt definierte die *künstliche Lebens- und Leidensverlängerung*, die nach seiner Auffassung häufig nur zu einer „rein animalischen Existenz" führe,[64] als „negative Form der Euthanasie" und rechnete zu dieser alle „Fälle, in denen der natürliche Tod nur durch einen besonderen technischen Aufwand hinausgeschoben [werde], obwohl keine Aussicht auf Heilung besteh[e] oder

[62] Marschalck, S. 83 f.
[63] Zur Entwicklung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vgl. Marschalck, S. 106; Aries, S. 747 ff.
[64] Ehrhardt, Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten" Lebens, S. 18 ff., insb. S. 22. Zeitgleich beschrieb Simone de Beauvoir, S. 84 ff. die ärztliche Behandlung ihrer 77-jährigen Mutter nicht nur als Verlängerung des Lebens, sondern auch als Verlängerung der Qualen ihrer Mutter.

schwerste Defekte und ständiges Siechtum ‚bestenfalls' zu erwarten" seien.[65]

In der juristischen Literatur wurde nur wenige Jahre später von dem Strafrechtler Geilen erstmals der Begriff der *passiven Euthanasie* verwendet.[66] Diese beschrieb er als positives Gegenstück zu der negativ zu beurteilenden *künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung*:

„Euthanasie ist geradezu [...] das juristische Regulativ gegenüber einer der modernen Medizin sonst drohenden Gefahr, nämlich auszuarten in das, was man schon mit Recht als ‚Humanitätsterror' bezeichnet hat. Der

[65] Ehrhardt, Euthanasie, S. 96, 98 f. In Auseinandersetzung mit den Euthanasie-Aktionen im Dritten Reich kam Ehrhardt zu dem Ergebnis, dass die Problematik des sog. lebensunwerten Lebens „weder 1933 ‚entdeckt' noch 1945 ‚aufgehoben'" worden sei. Seine Forderung nach einer „Legalisierung einer ‚begrenzten Vernichtung lebensunwerten Lebens'" erstreckte er jedoch nicht nur auf „mißgebildete und vollidiotische Kinder", sondern erstmals auch auf Patienten am Lebensende, bei denen er ebenfalls eine „'unfreiwillige Euthanasie' in Form der vorzeitigen Beendigung des Lebens etwa bei hochgradiger seniler Demenz" im Einzelfall für ethisch vertretbar hielt (Ehrhardt, Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten" Lebens, S. 47, 53; ähnlich auch ders., Euthanasie, S. 96, 109, 118 f., 122 f.).

[66] Geilen, FamRZ 1968, S. 121, 125. Hingegen findet sich dieser Begriff noch nicht bei Simson, NJW 1964, S. 1153 ff., der aber bereits darauf hinweist, dass bei vielen Juristen die Neigung bestehe, „bei der Euthanasie im engeren und weiteren Sinne zwischen *Tun* und *Unterlassen* zu scheiden" (S. 1157). Vgl. weiter Buschendorf, S. 43, 57 („Euthanasie durch Unterlassen"). Spätestens 1975 ist der Begriff der „passiven Euthanasie" etabliert, vgl. Hanack, S. 121, 135 ff. mwN. In der Kommentarliteratur setzt sich der Begriff der „passiven Sterbehilfe" hingegen erst in den 1980er Jahren durch, vgl. etwa noch Schönke/Schröder (Eser), 19. Aufl. 1978, Vorbem §§ 211 ff., RdNr. 31 f.; Dreher/Tröndle, 38. Aufl. 1978, Vor § 211, RdNr. 13; Leipziger Kommentar (Lange), 9. Aufl. 1974, § 212, RdNr. 10. Auch im Ausland wurde seit den 1960er Jahren die „passive Sterbehilfe" als Rechtsinstitut etabliert, vgl. Humphry/Wickett, S. 75 ff.

Patient hätte ohne dieses Regulativ eines seiner elementarsten Menschenrechte verloren, nämlich sein Recht auf einen ‚natürlichen Tod'".[67]

Während aktive Sterbehilfe vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte abgelehnt wurde,[68] war die passive Sterbehilfe von Anfang an positiv belegt und wurde als rechtlich zulässiger Ausweg aus einem negativ beschriebenen Bereich medizinischen Fortschritts gewertet.[69] Demzufolge sah auch der Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) aus dem Jahre 1986 an erster Stelle eine Regelung über „Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen" vor (§ 214 AE-Sterbehilfe).[70] Allerdings wurde nicht jede medizinische Behandlung, die geeignet war, den Tod abzuwenden, als *künstliche Lebens- und Leidensverlängerung* begriffen, vielmehr blieb die negative Bewertung auf Fälle vorbehalten, in denen keine Aussicht auf Besserung des Zustandes bestand. In diesen Fällen sollte nach dem Alternativentwurf unabhängig vom Willen des Patienten passive Sterbehilfe auch dann zulässig sein, wenn „der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat" (§ 214 I Nr. 2 AE-Sterbehilfe).[71]

Die letzten drei Jahrzehnte sind aber noch von weiteren, für die heutige Diskussion um Sterbehilfe ganz wesentlichen Entwick-

---

[67] Geilen, FamRZ 1968, S. 121, 126.

[68] Etwa Hanack, S. 121, 145 f.

[69] Dies hält bis heute an vgl. etwa die Definition von passiver Sterbehilfe bei Krey, § 1, RdNr. 11: „Das Unterlassen solcher sinnlosen Lebensverlängerung nennt man ‚passive Euthanasie'." Vgl. weiter Holzhauer, ZRP 2004, S. 41.

[70] Die strafrechtliche Abteilung des 56. Dt. Juristentags 1986 hatte sich nach eingehender Diskussion gegen den Alternativentwurf ausgesprochen. Dazu Dt. Juristentag, NJW 1986, S. 3063, 3065 f.

[71] Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, S. 225. Zum Alternativentwurf vgl. auch Fischer, S. 293 ff.

lungen geprägt. Erstens entwickelten sich das Sterben und die Betreuung dieses Vorgangs von einer sehr individuellen, in der Familie stattfindenden Angelegenheit zu einer öffentlichen, zunehmend kostenträchtiger werdenden Aufgabe.[72] Zweitens sorgte im medizinischen Bereich der breite Einsatz der sog. PEG-Sonde seit Mitte der 1980er Jahre dafür, dass in zunehmendem Maße das Leben von Patienten über Monate oder Jahre verlängert werden kann.[73] Drittens führte die Aufwertung der Patientenautonomie seit den 1970er Jahren dazu, dass der aus dem Selbstbestimmungsrecht abgeleitete Anspruch auf eine eigenverantwortliche Gestaltung des Sterbeprozesses[74] die medizinische Indikation, die Jahrhunderte lang ärztliches Handeln bestimmte, mehr und mehr in den Hintergrund drängte.

---

[72] Auf die Gefahr, dass schon bald die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen die Diskussion um Sterbehilfe bestimmen wird, weist insbesondere Landau, ZRP 2005, S. 50, 53 hin. Wirtschaftliche Erwägungen diskutieren auch Schönke/Schröder (Eser), 26. Aufl. 2001, Vorbem §§ 211 ff., RdNr. 30; Holzhauer, ZRP 2004, S. 41, 44; Hohenstein, S. 62 ff.; Bamberger/Roth (Spindler), § 823, RdNr. 766; BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 81 ff.

[73] Ganz überwiegend lagen den obergerichtlichen Entscheidungen der letzten zehn Jahre Fälle zugrunde, in denen Patienten über eine PEG-Sonde ernährt wurden, vgl. etwa Bühler/Stolz, FamRZ 2003, S. 1622 f.

[74] 1978 wurde in Deutschland der erste Entwurf einer Patientenverfügung von Uhlenbruck (NJW 1978, S. 566, 569 f.) veröffentlicht, die Idee der Patientenverfügung (*living will*) stammt allerdings aus den USA (dazu Humphry/Wickett, S. 291 f.). Die Aufwertung der Selbstbestimmung am Lebensende ist ein weltweites Phänomen; so wurde etwa 1976 die internationale Vereinigung „World Federation of Right to Die Societies" gegründet, die inzwischen mehr als 30 nationale Organisationen umfasst. Dazu BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 32 ff. Zur Problematik vgl. auch Riha, S. 155, 166 f.; Holzhauer, FamRZ 2006, S. 518 f.; Baumgarten, S. 143 f.

(5) Zusammenfassung

Die über die reine Sterbebegleitung hinausgehende Sterbehilfe durch einen Arzt ist als rechtlich fassbares Phänomen erst rund 100 Jahre alt, denn die Privilegierung der Tötung auf Verlangen als Nebenprodukt der im Zuge der Aufklärung einsetzenden Abschaffung weltlicher Selbstmordstrafen stand zunächst nicht im Zusammenhang mit ärztlicher Sterbehilfe.

Die Sterbehilfediskussion des 20. Jahrhunderts ist vor allem durch Zäsuren und Neuansätze gekennzeichnet, lässt aber auch Kontinuitäten erkennen. So spielen die zunächst im Vordergrund stehenden utilitaristischen Überlegungen seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland keine entscheidende Rolle mehr.[75] Verändert haben sich auch die von Sterbehilfe betroffenen Gruppen: Während in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Mittelpunkt der Diskussion vor allem geistig behinderte Menschen standen, sind heute in erster Linie Komapatienten und pflegebedürftige alte Menschen betroffen. Nach wie vor ist aber die Diskussion durch die von Binding aufgeworfene Frage nach dem Wert oder Unwert des Lebens geprägt, wenngleich nicht mehr auf den Wert des Einzelnen für die Gesellschaft, sondern nunmehr auf die Qualität des Lebens für den Einzelnen[76] abgestellt wird.

Seit rund fünfundzwanzig Jahren prägen zudem zwei neue Aspekte die Diskussion, zum einen die Konstruktion der passi-

[75] Zur Rechtslage im Ausland vgl. etwa Tolmein, Ein Brite klagt vor Gericht sein Lebensrecht ein, FAZ v. 1.3.2004, Nr. 51, S. 40. Vgl. weiter Deutsch, NJW 2003, S. 1567, 1568 zu den USA. Zur Schweiz vgl. BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 31; Klinkhammer, Dt. Ärzteblatt 101, S. 408.

[76] Etwa Holzhauer, ZRP 2004, S. 41; Bundesministerium der Justiz, Patientenverfügung, S. 11.

ven Sterbehilfe durch die Rechtswissenschaft, zum anderen die Aufwertung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, das inzwischen den entscheidenden Anknüpfungspunkt für die strafrechtliche Beurteilung der Sterbehilfe, aber auch für die vorgelagerten zivilrechtlichen Fragestellungen (Patientenverfügungen und Entscheidung eines durch Vollmacht beauftragten oder gesetzlich bestellten Vertreters) bildet.[77]

[77] Bei dieser Entwicklung handelt es sich um ein gesamteuropäisches Phänomen. Einen Überblick über die Rechtslage im Ausland gibt der Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 22 ff.

III. Die aktuelle Diskussion zur Sterbehilfe

(1) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004[78] beschreiben als Aufgaben des Arztes „unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen". Im Stadium des Sterbens befinden sich „Kranke oder Verletzte mit irreversiblem Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist"; dieses Stadium umfasst in der Regel die letzten ein bis zwei Wochen vor dem Eintritt des natürlichen Todes.[79]

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung enthalten jedoch noch zwei weitere Abschnitte über die Behandlung von Patienten mit infauster Prognose sowie von Patienten mit schwersten Gehirnschädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit und betreffen somit Patienten, die sich noch nicht im Sterben befinden.[80]

---

[78] Dazu umfassend Riha, S. 155 ff.

[79] Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dt. Ärzteblatt 2004, A 1298: *I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden.*

[80] Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dt. Ärzteblatt 2004, A 1298 f.: *II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prog-*

Bei diesen beiden Gruppen stellt sich die Frage, ob und wann im Rahmen ärztlicher Behandlung bzw. Betreuung das Stadium des Sterbens und damit ein Sterbenlassen herbeigeführt werden darf. Es geht also – wie auch die Bundesärztekammer ganz deutlich formuliert – um eine *Änderung des Behandlungsziels*, d.h. an die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung soll eine palliativ-medizinische Behandlung treten, deren Ziel die Herbeiführung des natürlichen Sterbevorgangs und schließlich des Todes ist. Für diese *Hilfe zum Sterben* nennt die Bundesärztekammer drei Voraussetzungen: (1) Der Patient, der sich noch nicht in der Sterbephase befindet, muss nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben; (2) lebenserhaltende Maßnahmen würden Leiden nur verlängern; (3) die Änderung des Behandlungsziels entspricht dem Willen des Patienten.[81]

Auf den ersten Blick scheint es, dass in einem Fall wie der amerikanischen Wachkoma-Patientin Terry Schiavo diese Kriterien nicht erfüllt sind. Auch der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe äußerte sich im März 2005 in diesem Sinne,[82] während deutsche Juristen dazu tendieren, das Vorgehen der amerikanischen Ärzte auch nach deutscher Rechtslage für rechtmäßig zu erachten.[83] Diese abweichende Beurteilung ist darauf zurückzuführen, dass die Rechtswissenschaft andere Kriterien als die Bundesärztekammer für die „Rechtmäßigkeit" der Sterbehilfe entwickelt hat.

---

nose, III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit.

[81] Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dt. Ärzteblatt 2004, A 1298 f.

[82] Hoppe zum Fall Terry Schiavo: „Im Falle der Patientin Schiavo ist der mutmaßliche Wille nicht einwandfrei zu ermitteln. Deshalb hat in solchen Zweifelsfällen die Erhaltung des Lebens absoluten Vorrang. Es darf nicht dazu kommen, dass Menschen allein wegen ihres Wachkomas als Lebensmüde angesehen werden."

[83] Vogel/Hocke, JURA 2005, S. 709 ff.

(2) Rechtlich zulässige Formen der Sterbehilfe[84]

Während die Bundesärztekammer neben dem Selbstbestimmungsrecht vor allem dem Zustand des Patienten und damit der medizinischen Indikation maßgebliche Bedeutung beimisst, ist aus juristischer Perspektive in erster Linie entscheidend, ob der Arzt durch ein Handeln, d.h. aktiv den Tod herbeigeführt oder alternativ durch Unterlassen das Sterben des Patienten nicht verhindert hat.[85]

[84] Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Rechtslage in Deutschland; auf die Entwicklungen in anderen europäischen Ländern wird vereinzelt im Text oder in den Fußnoten hingewiesen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aktive Sterbehilfe nur in den Niederlanden und Belgien durch Gesetze zugelassen ist und dass die Voraussetzungen und Grenzen passiver und indirekter Sterbehilfe auch im Ausland häufig nur durch die höchstrichterliche Rechtsprechung ausgestaltet sind. Zur Rechtslage im Ausland vgl. insb. Wernstedt, S. 35 ff., 46 f., 71 ff., 157 ff.; Baumgarten, S. 148 ff., 178 ff. (Schweiz), 213 ff. (USA/England), 237 ff. (Niederlande). Für Deutschland ist schließlich noch von Interesse, dass fast alle heute diskutierten strafrechtlichen Probleme bereits vor zwanzig Jahren die Sterbehilfediskussion prägten; dazu Eser, S. 45, 47 ff. Lediglich im Zivilrecht kamen mit Inkrafttreten des Betreuungsrechts 1992 noch neue Aspekte hinzu.

[85] Unproblematisch ist die sog. reine Sterbehilfe als *Hilfe im Sterben* durch Verabreichung schmerzlindernder Medikamente, die den natürlichen Sterbevorgang nicht beeinträchtigen und zu keiner Lebensverkürzung führen. Diese Form der Sterbebegleitung durch einen Arzt ist wie jede andere ärztliche Behandlung einzuordnen: Der Arzt handelt rechtmäßig, sofern die Behandlung auf einer medizinischen Indikation beruht und mit dem Willen des Patienten erfolgt. Straf- und haftungsrechtlich relevant wird diese Behandlung nur, wenn sie gegen den Willen des Patienten erfolgt oder trotz medizinischer Indikation und ausdrücklichem Wunsch des Patienten unterlassen wird.

1. Indirekte (aktive) Sterbehilfe

Bei der indirekten Sterbehilfe handelt es sich um einen Unterfall der aktiven Sterbehilfe, d.h. um eine aktive, wenn auch indirekte Tötung im Rahmen einer Schmerztherapie, die in engen Grenzen für zulässig erachtet wird.[86] Nach der Rechtsprechung des 1. Strafsenats des Bundesgerichtshofs ist die Verabreichung schmerzlindernder Medikamente trotz Inkaufnahme einer Beschleunigung des Todeseintritts als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge dann nicht strafbar, wenn erstens der natürliche Sterbeprozess bereits begonnen hat, d.h. eine Krankheit oder Verletzung mit irreversiblem tödlichem Verlauf vorliegt, bei der der Tod unmittelbar bevorsteht, zweitens die schmerzlindernde Medikation ärztlich geboten ist und diese drittens dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.[87]

Im Schrifttum werden die vom BGH aufgestellten engen Grenzen kritisiert, weil sie wirksame Schmerztherapien Wochen oder Monate vor dem Tod verhinderten,[88] wenn die Gefahr einer Beschleunigung des Todes bestehe.[89] Auch mehrere in den letzten Jahren vorgelegte Reformvorschläge sehen eine Ausdehnung der indirekten Sterbehilfe über die vom BGH gesetzten Grenzen vor. So hat beispielsweise die vom Bundes-

[86] Dazu Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, S. 109.
[87] BGHSt 42, S. 301, 305 = NStZ 1997, S. 182, 184; BGH, JZ 2002, S. 150, 152. Dazu auch Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, S. 96 f. mwN; Schöch/Verrel, GA 2005, S. 553, 573 f.
[88] Allerdings kann auch die Vorenthaltung einer wirksamen Schmerzbehandlung gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht verstoßen und eine strafrechtlich relevante Körperverletzung darstellen (so auch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 15).
[89] Etwa Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, S. 98; Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende", S. 52; Schöch/Verrel, GA 2005, S. 553, 574; Duttge, Preis der Freiheit, S. 81.

justizministerium eingesetzte Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ im Juni 2004 eine Ergänzung des § 216 StGB dahingehend vorgeschlagen, dass „die Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt“, nicht strafbar sein soll, wenn sie dem Willen des Patienten entspricht.[90] Eine ähnliche Regelung sieht auch der im Oktober 2005 von den Mitgliedern des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer vorgelegte Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) vor, der ebenfalls von der Beschränkung der indirekten Sterbehilfe auf die Sterbephase Abstand nimmt.[91]

Auch wenn eine klarstellende Regelung zu begrüßen ist, so könnte die indirekte Sterbehilfe meines Erachtens bereits auf der Grundlage des geltenden Rechts als rechtmäßig angesehen werden,[92] denn auch andere ärztliche Eingriffe sind mit dem Risiko einer Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenfolge verbunden, die Arzt und Patient billigend in Kauf nehmen. Verwirklicht sich das Risiko trotz medizinischer Indikation und Einwilligung des Patienten, so wird der unbeabsichtigt herbeigeführte vorzeitige Tod dem Arzt unter dem Aspekt des erlaubten Risikos und der einverständlichen Fremdgefährdung dann nicht zugerechnet, wenn keine alternative Behandlungsmöglichkeit bestand, d.h. die Gefährdung notwendig war, um

---

[90] Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, S. 52.

[91] Schöch/Verrel, GA 2005, S. 553, 576, 585 zu § 241a AE-StB.

[92] Zu den verschiedenen von der Literatur vorgeschlagenen Lösungen zur Straffreiheit indirekter Sterbehilfe umfassend Seibert, S. 92 ff. Vgl. weiter Schöch, NStZ 1997, S. 409 ff. mwN. Kritisch Duttge, GA 2005, S. 612, 615.

andere schwerwiegende Eingriffe in die körperliche Integrität des Patienten abzuwenden.[93]

Der entscheidende Unterschied zwischen indirekter aktiver Sterbehilfe und direkter aktiver Sterbehilfe läge dann – die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt[94] – nicht im Motiv des mit Eventualvorsatz handelnden Arztes,[95] sondern darin, dass bei der direkten aktiven Sterbehilfe keine medizinische Indikation für die zum Tod führende Handlung vorliegt, während sich die Straffreiheit bei der indirekten Sterbehilfe auf die medizinische Indikation gründen lässt. Liegt die medizinische Indikation für eine Schmerztherapie, die als unvermeidbare Nebenfolge zu einer Lebensverkürzung führt, vor, und kann nur so der ärztliche Auftrag zur Linderung schwerer, nicht anders zu behebender Leidenszustände erfüllt werden, so kann die Befolgung des ärztlichen Auftrags mit Einverständnis des Patienten nicht eine rechtswidrige Tötung darstellen.[96]

---

[93] Laufs/Uhlenbruck (Ulsenheimer), § 140, RdNr. 42 f.; Schönke/Schröder (Eser), 26. Aufl. 2001, Vorbem §§ 211 ff., RdNr. 26; Kühl, Vor § 211, RdNr. 7 mwN.; Schroeder/Maiwald, § 1 RdNr. 33; Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 15 (mit scharfer Kritik an der BGH-Lösung); Roxin, Strafrecht AT, § 11 RdNr. 52 ff.; Beckmann, DRiZ 2005, S. 252, 254.

[94] Fehlt es an einer Einwilligung des Patienten, kann die Schmerztherapie aus einer dem rechtfertigenden Notstand vergleichbaren Pflichtenkollision gerechtfertigt sein, vgl. Schönke/Schröder (Eser), 26. Aufl. 2001, Vorbem §§ 211 ff., RdNr. 29.

[95] Vgl. auch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 69.

[96] So auch Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 16: „Kernbegriff der beruflichen und rechtlichen Verhaltenspflichten des Arztes ist der der medizinischen Indikation [...]. Das Vorliegen einer medizinischen Indikation begründet und begrenzt die ihn treffenden Gebote. Wenn und soweit Schmerzlinderung bei einem schwer leidenden Patienten angezeigt ist, kann die Befolgung des ärztlichen Auftrags daher nicht zugleich den Tatbestand des Totschlags erfüllen.“

Diese rechtliche Bewertung, die in der Strafrechtswissenschaft nur vereinzelt vertreten wird,[97] begründet – im Gegensatz zur Auffassung der herrschenden Meinung[98] – keine Abgrenzungsschwierigkeiten zur aktiven direkten Sterbehilfe. So könnte sich die in Hannover derzeit angeklagte Ärztin der Paracelsus-Klinik Langenhagen nicht auf zulässige indirekte Sterbehilfe berufen, wenn sich der Vorwurf, dass sie in acht Fällen unheilbar kranken Patienten eine erhebliche Überdosis Morphium verabreicht hat, bestätigen sollte.[99] Ist die Schmerztherapie insgesamt oder im vorgesehenen Umfang nicht medizinisch indiziert, so verwirklicht der Arzt – unabhängig von der Einwilligung des Patienten – eine tatbestandsmäßige und rechtswidrige Körperverletzung; für den Fall, dass die Schmerztherapie zu einer Lebensverkürzung führt, liegt je nach Schuldvorwurf eine fahrlässige oder vorsätzliche Tötung vor. Dem Einwand eines Wertungswiderspruchs zu § 216 StGB, der eine Privilegierung nur bei einem ausdrücklichen und ernsthaften Verlangen des Patienten erlaubt, während hier die bloße Einwilligung zu Straffreiheit führen würde, kann durch das Erfordernis der zusätzlichen Voraussetzung der medizinischen Indikation begegnet werden.

2. Passive Sterbehilfe

Während es bei der indirekten Sterbehilfe um eine im Rahmen einer Schmerztherapie durch Handeln des Arztes bewirkte Verkürzung des Lebens geht, bedeutet passive Sterbehilfe, den Patienten durch Nichtvornahme oder Einstellung lebenserhal-

[97] Zu nennen ist vor allem Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 16 mwN. A. A. etwa Duttge, Preis der Freiheit, S. 82 ff.
[98] Kritisch zur herrschenden Meinung Tröndle/Fischer, Vor §§ 211 bis 216, RdNr. 18a.
[99] Dazu Richter-Kuhlmann, Dt. Ärzteblatt 102, A 2197.

tender Maßnahmen sterben zu lassen. Dazu gehört auch der technische Behandlungsabbruch, z.B. das Abschalten eines Beatmungsgeräts oder die Entfernung einer PEG-Sonde und der damit verbundene Abbruch der künstlichen Ernährung.[100] Geschieht dies mit dem Willen des Patienten, so kommt es im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe weder auf die medizinische Indikation noch darauf an, ob der Sterbevorgang bereits eingesetzt hat. Selbst wenn bei Vornahme oder Fortführung der medizinisch indizierten Behandlung gute Heilungsaussichten beständen, entscheidet allein der Patient, ob er die Behandlung an sich vornehmen lässt bzw. eine bereits begonnene Behandlung fortsetzt. Unerheblich ist dabei, ob die Entscheidung objektiv vernünftig oder unvernünftig erscheint, solange die Entscheidung in Selbstbestimmung getroffen wurde.[101]

Somit steht und fällt die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe mit den Voraussetzungen und den Grenzen einer Entscheidung in Selbstbestimmung,[102] die allerdings in der Rechtsprechung im Einzelfall höchst unterschiedlich beurteilt werden, wie die beiden folgenden Beispiele belegen:

Eine Zeugin Jehovas hatte unmittelbar vor einer Operation die Einverständniserklärung mit dem schriftlichen Vermerk „auf keinen Fall Bluttransfusion erwünscht“ versehen. Als zur Rettung des Lebens der bewusstlosen Patientin eine Blutübertragung erforderlich wurde, wurde der Ehemann der Patientin als Betreuer bestellt, der für seine Frau die Einwilligung in die lebensrettende Bluttransfusion erklärte. Die von der Patientin nach ihrer Genesung wegen Verletzung ihres Persönlichkeits-

[100] Vgl. LG Heilbronn, NJW 2003, S. 3783.

[101] Zur selbstbestimmten Entscheidung von Suizidpatienten vgl. Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, S. 100 f.

[102] Dies gilt grundsätzlich auch für das europäische Ausland mit Ausnahme von England, das dem paternalistischen „best-interest“-Modell folgt; dazu Halliday/Witteck, JZ 2002, S. 752, 756 ff.

rechts erhobene Klage auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes wurde vom OLG München im Jahre 2002 mit der Begründung zurückgewiesen, dass die nach umfassender ärztlicher Aufklärung unmittelbar vor dem Eingriff verfasste Patientenverfügung keine Bindungswirkung für den Arzt habe. Die Entscheidung begründete das OLG München damit, dass sich ein Arzt nicht an eine seinem Berufsethos und Gewissen entgegenstehende Patientenverfügung halten müsse.[103] Noch im gleichen Jahr hat das BVerfG bestätigt, dass die schriftlich erklärte Verweigerung einer Leben rettenden Bluttransfusion nicht bindend sei und die Bestellung eines Betreuers, der zum Wohle des Patienten eine von dessen Willen abweichende Entscheidung trifft, nicht in die verfassungsrechtlich garantierte Entscheidungsfreiheit des Patienten eingreife.[104]

Als zweites Beispiel sei der sog. *Kemptener Fall* genannt,[105] der ebenso wie der Zeugen-Jehova-Fall exemplarisch für eine ganze Reihe ähnlich gelagerter Fälle[106] steht: Bei einer 70-jährigen Frau hatte die Reanimation nach einem Herzstillstand zu einer schweren, irreversiblen Hirnschädigung geführt. Als die Patientin nach etwa zwei Jahren auch nicht mehr schlucken konnte, wurde ihr eine Magensonde gelegt. Im Übrigen veränderte sich der Zustand der Patientin nicht; sämtliche Vitalfunktionen waren vorhanden und Anzeichen für Schmerzempfinden be-

---

103 OLG München, NJW-RR 2002, S. 811, 812, 814.

104 BVerfG, FamRZ 2002, S. 312 = NJW 2002, S. 206. Im Ergebnis zustimmend Ohler/Weiß, NJW 2002, S. 194 f., obwohl die Verfasser davon ausgehen, dass das Gericht durch die Anordnung der Betreuung die „eindeutige Verfügung der Patientin missachtete“. Kritisch dazu Wagenitz, FamRZ 2005, S. 669, 670. Vgl. weiter Vollmert, S. 95 ff.

105 BGH, NJW 1995, S. 204 = BGHSt 40, S. 257. Dazu Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, S. 104 f. Ausführlich auch Tolmein, S. 18 ff.; Vollmert, S. 11 ff.

106 Zu weiteren Fällen Wernstedt, S. 136 ff. Vgl. auch Wagenitz, FamRZ 2005, S. 669 f.

standen nicht. Da aber auch keine Verbesserung des Zustands zu erwarten war, kamen der Sohn der Patientin und der behandelnde Arzt etwa drei Monate nach Einbringung der Magensonde überein, die Ernährung einzustellen und der Patientin lediglich Tee zu verabreichen, um auf diese Weise den Tod in zwei bis drei Wochen durch Verhungern herbeizuführen. Die Entscheidung über den Behandlungsabbruch konnte nur auf den *mutmaßlichen Willen* der Patientin gestützt werden, weil eine Willensäußerung der Patientin im Hinblick auf die eingetretene Behandlungssituation nicht vorlag.[107] Zur Einstellung der Sondenernährung kam es dennoch nicht, weil das Pflegepersonal sich der Anordnung des Arztes widersetzte und das zuständige Vormundschaftsgericht einschaltete.[108] Die Patientin lebte noch etwa neun Monate und verstarb schließlich an den Folgen eines Lungenödems.[109]

---

[107] Anknüpfungspunkt für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens war eine fast zehn Jahre zurückliegende Äußerung der Patientin im Anschluss an eine Fernsehsendung, die einen Pflegefall mit Gliedversteifung und Wundliegen zum Gegenstand hatte. Nach Ansicht des BGH (BGHSt 40, S. 257, 261) bot die daraufhin abgegebene Erklärung der Patientin, so nicht enden zu wollen, keine tragfähige Grundlage für eine mutmaßliche Einwilligung zum Behandlungsabbruch, weil sie einer momentanen Stimmung entsprungen sein könnte und im Übrigen auch nicht in Abschätzung der eigenen Situation Jahre später getroffen worden sei.

[108] Die Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen und ihres Personals waren lange nicht Gegenstand der Diskussion um Sterbehilfe, obwohl etlichen Entscheidungen Sachverhalte mit Wachkoma-Patienten zugrunde lagen, bei denen sich die Pflegeeinrichtung weigerte, die vom Arzt im Einvernehmen mit dem Betreuer angeordnete Einstellung der weiteren Behandlung umzusetzen. Kritisch daher Stackmann, NJW 2003, S. 1568, 1569. Vgl. weiter Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 20a; LG Traunstein, NJW-RR 2003, S. 221; OLG München, NJW 2003, S. 1743; Uhlenbruck, NJW 2003, S. 1710 ff.; Vollmert, S. 100 ff.

[109] In vergleichbaren Fällen lebten Patienten, während der Rechtsstreit durch die Instanzen ging, oft noch mehrere Jahre, nachdem die Ent-

Für die weitere Diskussion sind jedoch vor allem die Ausführungen des BGH zu den Anforderungen an den mutmaßlichen, den Behandlungsabbruch rechtfertigenden Willen des Patienten von Bedeutung:

„*Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen.*“[110]

Während in den Zeugen-Jehova-Fällen ein ausdrücklich, nach ärztlicher Aufklärung und unmittelbar vor dem Eingriff erklärter Wille übergangen werden darf, soll umgekehrt in Fällen, in denen Patienten mit schwersten Gehirnschädigungen oder anhaltender Bewusstlosigkeit sowie bei hochgradiger Altersdemenz nicht mehr in der Lage sind, nach ärztlicher Aufklärung eine selbst bestimmte Entscheidung zu treffen, ein mutmaßlicher Wille für die Nichtvornahme oder den Abbruch einer ärztlichen Maßnahme ausreichend sein. Entscheidend ist somit nicht – oder jedenfalls nicht allein – der Wille des Patienten, sondern auch das von Seiten Dritter bestimmte Wohl des Patienten. Dieses dient im Zeugen-Jehova-Fall zur Erhaltung des Lebens gegen den ausdrücklich erklärten Willen des Patienten,

---

scheidung für einen Behandlungsabbruch gefallen, dessen Umsetzung jedoch in erster Instanz ausgesetzt worden war (etwa auch BGH, FamRZ 2005, S. 1474).

[110] BGHSt 40, S. 257, 263 = NJW 1995, S. 204, 205. An die Stelle des subjektiven Willens treten somit objektive Kriterien wie das Wohl des Patienten oder gar allgemeine Wertvorstellungen. Ähnlich Tröndle/Fischer, Vor §§ 211 bis 216, RdNr. 21. Kritisch v. Renesse, Zeitschrift für Evangelische Ethik 2005, S. 144, 146. Der 12. Zivilsenat des BGH (NJW 2003, S. 1588, 1590) hat sich der Rechtsprechung des 1. Strafsenats im Grundsatz angeschlossen: „Diese objektive Eingrenzung zulässiger Sterbehilfe ist auch für das Zivilrecht verbindlich; denn die Zivilrechtsordnung kann nicht erlauben, was das Strafrecht verbietet.“ Vgl. aber auch Wessels/Hettinger, § 1, RdNr. 39 f.

während bei entscheidungsunfähigen Patienten der von Dritter Seite zu ermittelnde, am vermeintlichen Wohl orientierte mutmaßliche Wille das Sterbenlassen des Patienten rechtfertigen soll.

Noch problematischer als diese wenig überzeugende, weil in sich widersprüchliche Rechtsprechung ist aber die derzeitige Tendenz im arztrechtlichen Schrifttum, die Behandlung eines entscheidungsunfähigen Patienten primär unter dem Gesichtspunkt einer das Selbstbestimmungsrecht verletzenden *Zwangsbehandlung* zu sehen.[111] In Fällen, in denen sich kein eindeutiger, auf die konkrete Behandlungssituation gerichteter Wille ermitteln lässt, trägt diese Sichtweise die Gefahr einer Beweislastumkehr in sich, mit der Folge, dass im Zweifel die ärztliche Behandlung wegen fehlender Einwilligung nicht vorgenommen werden darf. Nicht mehr das Unterlassen der medizinisch gebotenen lebenserhaltenden Behandlung, sondern das Weiterleben bedarf dann der Rechtfertigung.[112] In den Niederlanden hat diese Entwicklung inzwischen dazu geführt, dass viele Menschen in der Sorge, nicht behandelt zu werden, ständig eine Patientenverfügung bei sich tragen, auf der ihr Lebenswunsch ausdrücklich vermerkt ist.[113]

Auch in Deutschland zeichnen sich die Folgen dieser Entwicklung bereits ab. So befürwortete beispielsweise Günter Bertram, Vorsitzender Richter am LG Hamburg i. R., in der NJW

---

111 So Lipp, Stellvertretende Entscheidungen, S. 37, 44, 47.

112 So insb. Lipp, Stellvertretende Entscheidungen, S. 37, 48 f.: „Nicht der *Abbruch*, sondern die *Behandlung* bedarf daher der Rechtfertigung aus dem Interesse des Patienten. [...] Auch eine Weiterbehandlung nach dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins über die eben beschriebene Basisversorgung hinaus scheint mir vom Interesse des Patienten her nicht begründbar zu sein.“

113 Dazu Oduncu, MedR 2005, S. 437, 445; Duttge, Preis der Freiheit, S. 9.

2004 eine „Beweislastumkehr" bei Ermittlung des mutmaßlichen Willens von Wachkomapatienten:

„Wenn nämlich eine so evidente Grenze und hoffnungslose Lage erreicht wird wie hier, lässt sich die Normalität fortdauernden Lebenswillens als Vermutungsgrund nicht mehr heranziehen: Es ist statistisch gesichert, dass Angst und Sorge in der Bevölkerung weit verbreitet sind, am Lebensende in Krankenhäusern und Pflegeheimen in einer lediglich noch vitalen Existenz an Apparaten und Schläuchen dahingeschleppt zu werden, ohne selbst noch imstande zu sein, dem Einhalt zu gebieten [...]."[114]

In diesen Fällen sei „die Vermutung für den Lebenswillen erschüttert", denn es dürfe nicht bedenkenlos hingenommen werden, „dass der scheinbar menschenfreundliche Grundsatz ‚in dubio pro vita!' Zehntausende von Patienten dazu verdammt, gegen ihren Willen zwangsernährt und [...] rein vital dahingeschleppt zu werden."[115]

Ähnlich argumentiert auch der Verfassungsrechtler Friedhelm Hufen in einer Veröffentlichung mit dem Titel „In dubio pro dignitate" aus dem Jahr 2001:

„[...] steht dem Komapatienten ohne jede Aussicht auf ‚Rückkehr' ein möglicherweise jahrelanges Dahinvegetieren in einem menschenunwürdigen Zustand bevor, so sind dies Fälle, in denen unterstellt werden kann, dass der mutmaßliche Wille nicht auf das ‚biologische Leben um jeden Preis' geht. Wird hier die Behandlung abgebrochen, so macht sich der Arzt auch

[114] Bertram, NJW 2004, S. 988.

[115] Bertram, NJW 2004, S. 988 f. Am Ende kritisiert Bertram, dass aufgrund der derzeitigen Rechtsprechung Tausende von Wachkomapatienten „jahre- und selbst jahrzehntelang dahinvegetieren" müssten. Auch nach Schönke/Schröder (Eser), 26. Aufl. 2001, Vorbem §§ 211 ff., RdNr. 29 kann auf den mutmaßlichen Willen des Apallikers verzichtet werden.

nicht zum Herrn über Leben und Tod; er interpretiert lediglich den mutmaßlichen Willen eines Sterbenden.“[116]

Die Beispiele ließen sich fortsetzen[117] und sie unterscheiden sich kaum von den Begrifflichkeiten Alfred Hoches, der schwer geistig Behinderte als „geistig Tote“ bezeichnete, und der Argumentation Karl Bindings für eine Freigabe der Tötung lebensunwerten Lebens:

„Die Personen also, die für die Freigabe ihrer Tötung allein in Betracht kommen, sind stets nur die unrettbar Kranken, und zu der Unrettbarkeit

---

[116] Hufen, NJW 2001, S. 849, 856. Von Bedeutung ist, dass sich Hufens Ausführungen zum mutmaßlichen Willen auf jeden einwilligungsunfähigen Schwerkranken oder –behinderten übertragen lassen und offenbar auch so gemeint sind (S. 852): „Unklar ist bisher allerdings der genaue verfassungsrechtliche Stellenwert des ‚mutmaßlichen Willens’. Dieser ist gegenüber dem wirklich erklärten Willen stets nur ‚Hilfskonstrukt’, da er gerade nicht auf der geäußerten Selbstbestimmung beruht, sondern letztlich durch einen Dritten – den Arzt, einen Betreuer, einen Familienangehörigen oder Gesundheitsbevollmächtigten – ermittelt und damit in gewissem Umfang auch formuliert wird. [...] Träger des Grundrechts des Art. 2 I GG ist also neben dem (jedenfalls potenziell) Einwilligungsfähigen auch derjenige, der seinen Willen nicht (mehr) äußern kann. [...] Auch Schwerstkranke und Schwerstbehinderte haben insofern das Recht zur Selbstbestimmung.“

[117] Etwa noch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 18, 83 f., insb. S. 90: „Eine unbedingte Lebenserhaltung von Wachkoma-Patienten, bei denen eine Wiederherstellung nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse mit Gewissheit nicht zu erwarten ist, entspricht in aller Regel nicht den Vorstellungen der Betroffenen von einem würdigen Leben bzw. von einem würdegemäßen Sterbeschicksal.“ Dazu auch Mertin, ZRP 2004, S. 170, 172. Vgl. weiter Thias, S. 194. In Rechtsprechung und Literatur wird inzwischen immer häufiger bei Wachkoma-Patienten von einem irreversiblen tödlichen Verlauf statt von einem irreversiblen Krankheitsbild gesprochen, vgl. etwa Bühler/Stolz, FamRZ 2003, S. 1622 f.; Verrel, NStZ 2003, S. 449, 451 („Qualifizierung des apallischen Syndroms als eine irreversibel tödlich verlaufende Krankheit“). Kritisch dazu Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 20c.

gesellt sich stets das Verlangen des Todes oder die Einwilligung, oder sie würde sich dazu gesellen, wenn der Kranke nicht in dem kritischen Zeitpunkt der Bewusstlosigkeit verfallen wäre oder wenn der Kranke je zum Bewusstsein seines Zustandes hätte gelangen können."[118]

Wie zu Bindings Zeiten wird bei bestimmten Krankheitsbildern (insbesondere beim sog. apallischen Syndrom)[119] auf der Grundlage allgemeiner Wertvorstellungen dem Einzelnen unterstellt, dass auch er diesen Zustand als nicht lebenswert empfinden könne.[120] Der Unterschied zu Binding besteht lediglich darin, dass nicht die Freigabe zu einer aktiven Tötung gefordert wird, sondern die Zulassung einer Herbeiführung des Todes durch Verdursten, Verhungern oder Eigenvergiftung des Körpers.

Auch wenn die Gefahren für den Patienten evident sind, so gehen doch auch die an der Entscheidung Beteiligten ein nicht unerhebliches Risiko ein, sollte – so wie im Kemptener Fall – die Ermittlung des mutmaßlichen Willens nicht der gerichtlichen Kontrolle standhalten.[121]

---

118 Binding/Hoche, S. 34.

119 Dazu umfassend Thias, S. 169 ff. mwN.

120 So insb. auch die Vorsitzende Richterin des zuständigen Zivilsenats am BGH (Hahne, FamRZ 2003, S. 1619, 1621): „Wir müssen uns fragen, ob die künstliche Aufrechterhaltung bloßer vegetativer Lebensfunktionen, ohne dass damit eine greifbare Chance zur Wiedererweckung der menschlichen Persönlichkeit und damit eines menschenwürdigen Daseins besteht, nicht dem objektiven Interesse des Patienten widerspricht." Die Gegenposition findet sich nur vereinzelt, so etwa Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende", S. 49. Ähnlich auch Kutzer, ZRG 2004, S. 213, 214; Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 20b.

121 Sind sich Arzt und Betreuer wie im Kemptener Fall einig, dass der mutmaßliche Wille des Patienten darauf gerichtet ist, die Behandlung abzubrechen, so kommt es regelmäßig nicht zu einer vormundschaftsgerichtlichen Überprüfung dieser Entscheidung, weil nach richterlicher

Auf der einen Seite droht bei einem vorzeitigen Abbruch der Behandlung die Strafbarkeit wegen Tötung durch Unterlassen, wenn – aufgrund einer Fehlinterpretation des Patientenwillens – trotz medizinischer Indikation die Behandlung abgebrochen wurde; auf der anderen Seite droht die Strafbarkeit wegen Körperverletzung durch „Überbehandlung" des Patienten, wenn diese tatsächlich nicht seinem Willen entsprach.[122] Dazwischen bleibt ein schmaler Grat rechtmäßigen Verhaltens, das allein von der richtigen Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten abhängig ist, wenn keine eindeutige, auf die konkrete Behandlungssituation zugeschnittene Patientenverfügung vorliegt.

Allerdings garantieren auch Patientenverfügungen derzeit nicht die angestrebte Selbstbestimmung bis zum Schluss.[123] Die Bundesärztekammer stellt an die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung hohe Anforderungen und will diese nur dann anerkennen, „sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung

Rechtsfortbildung durch den 12. Zivilsenat des BGH (NJW 2003, S. 1588, 1592 ff.; NJW 2005, S. 2385, 2386) eine vormundschaftsgerichtliche Kontrolle auf Konfliktfälle beschränkt bleiben soll (d. h. auf Fälle, in denen eine lebenserhaltende Behandlung des Schwerstkranken medizinisch indiziert und von ärztlicher Seite angeboten wird, der Betreuer aber die angebotene Behandlung für den Patienten ablehnt). Kritisch zu dieser Entscheidung Kutzer, FPR 2004, S. 683, 686, 688; ders., ZRP 2004, S. 213, 214; Verrel, NStZ 2003, S. 449, 450. Vgl. weiter Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 13, 56 ff. Trotz Einigkeit von Arzt und Betreuer können sich beide strafbar machen, wenn die Situation – so wie im Kemptener Fall – falsch eingeschätzt (d.h. der mutmaßliche Wille nicht richtig interpretiert) wurde.

[122] Kritisch daher auch Landau, ZRP 2005, S. 50, 53.

[123] Vgl. etwa Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 12; Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 39; Oduncu, MedR 2005, S. 437, 440 f.; Ankermann, S. 96 ff.

erkennbar sind".[124] Nach einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz waren rund 27% aller befragten Ärzte der Auffassung, dass Patientenverfügungen mit größter Vorsicht zu betrachten seien, und weitere 37% wollten die Verfügung bestenfalls als Anhaltspunkt für den Patientenwillen werten. Selbst bei einem Fallbeispiel, bei dem eine 80-jährige Patientin ein Jahr zuvor für die später genauso eingetretene, irreversible Situation verfügt hatte, nicht künstlich ernährt zu werden, waren trotz der eindeutigen Willensäußerung der Patientin nur 78 % der befragten Ärzte der Ansicht, dass dieser Wille respektiert werden müsse.[125]

(3) Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Voraussetzungen und Grenzen der indirekten und der passiven Sterbehilfe gesetzlich nicht hinreichend geregelt sind, die höchstrichterliche Recht-

[124] Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004), Ziff. IV. „Ermittlung des Patientenwillens". Zur Problematik vgl. auch Taupitz, S. 108 f.

[125] Weber/Stiehl/Reiter/Rittner, Dt. Ärzteblatt 98, A 3184, 3186-3187. Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal die Respektierung einiger der rund 200 allein im Internet angebotenen vorformulierten Patientenverfügungen nur schwer zumutbar sein dürfte. Die Qualität dieser Formulare ist höchst unterschiedlich und ohne Beratung dürften viele Patienten überfordert sein. Zu beachten ist aber auch, dass die – grundsätzlich wünschenswerte – Beratung vor Abfassung einer Patientenverfügung durch den Anbieter einer Musterverfügung gegen das Rechtsberatungsgesetz verstoßen und wettbewerbswidrig sein kann, vgl. dazu LG Leipzig, NJW-RR 2004, S. 1215 f. Zur Problematik vgl. auch Fischer, S. 150 ff.; Ankermann, S. 109 ff.; Taupitz, S. 105 f.

sprechung widersprüchlich ist,[126] in der Rechtswissenschaft teilweise weit auseinander liegende Meinungen vertreten werden und das tatsächliche Geschehen sowohl von Ärzten als auch von Juristen oftmals rechtlich nicht richtig bewertet wird.[127] Dies hat für die betroffenen Patienten zur Konsequenz, dass in der Frage des „Ob“ und „Wie“ des Sterbens nach geltender Rechtslage zu wenig Rechtssicherheit besteht.

[126] So auch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 1 f.; Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 12; Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 21, 70; Vollmert, S. 139.

[127] Nach der bereits erwähnten Befragung unter deutschen Vormundschaftsrichtern ordnete ein nicht unerheblicher Teil der Richter Maßnahmen aus dem Bereich der passiven Sterbehilfe irrtümlich der aktiven Sterbehilfe zu und stufte sie somit von vornherein als unzulässig ein. Auch innerhalb der Ärzteschaft geht etwa ein Drittel der behandelnden Ärzte irrtümlich davon aus, dass eine einmal begonnene lebenserhaltende ärztliche Maßnahme nicht mehr abgebrochen werden darf. Dazu Kutzer, FPR 2004, S. 683, 685 mwN; Weber/Stiehl/Reiter/Rittner, Dt. Ärzteblatt 98, A 3184 ff.

IV. Eigene Lösungsansätze

In den letzten Jahren haben verschiedene Kommissionen und Arbeitsgruppen Diskussionsvorschläge und Reformentwürfe zur Sterbehilfe vorgelegt. Zu nennen sind insbesondere der Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz über „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ vom 23.4.2004,[128] die am 10.6.2004 vorgelegten Ergebnisse der vom Bundesministerium der Justiz eingesetzten Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ (sog. Kutzer-Kommission), der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages über „Patientenverfügungen“ vom 13.9.2004,[129] der Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts vom 1.11.2004,[130] die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats zur Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen vom Juni 2005 sowie der im Oktober 2005 im Archiv für Strafrecht veröffentlichte „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“ des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer.[131] Sämtlichen Vorschlägen liegt eine Fokussierung auf die Selbstbestimmung am Lebensende und die juristische Differenzierung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zugrunde.[132]

[128] Dazu Duttge, GA 2005, S. 606 ff.
[129] BT-Dr. 15/3700. Dazu etwa Wagenitz, FamRZ 2005, S. 669, 673 ff.
[130] Dazu Landau, ZRP 2005, S. 50, 52 ff.; Wagenitz, FamRZ 2005, S. 669, 673 ff.; kritisch Beckmann, Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 9 ff.
[131] Schöch/Verrel, GA 2005, S. 553, 557.
[132] Vgl. etwa Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 7 ff.; Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 9 ff., 27 ff.; Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, S. 8 ff.; Bericht der

Zur Entwicklung eigener Lösungsansätze möchte ich den straf- und haftungsorientierten Ansatz der Rechtswissenschaft[133] für einen Augenblick verlassen und fragen, wie Regelungen aussehen müssten, die den Bedürfnissen von Patienten mit ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern und ihren Angehörigen, dem Ethos der Ärzte und des Pflegepersonals bei der Behandlung Schwerkranker und der Begleitung von Sterbenden[134] sowie den ethischen und rechtlichen Grundwerten unserer Gesellschaft gerecht werden können.

Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende, S. 4 ff. Vgl. weiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 5.

[133] Vor allem die höchstrichterliche Rechtsprechung, aber auch Teile des Schrifttums vermitteln derzeit das Bild von Arzt und Pfleger als Täter, vor denen es den Patienten zu schützen gilt. Vgl. etwa BGH NJW 2005, S. 2385, 2386; dort betont der BGH, dass sich das behandelnde Pflegepersonal der Betreuung des Patienten bis zum Tod nicht entziehen dürfe (die Vorinstanzen hatten noch anders entschieden, vgl. LG Traunstein, NJW-RR 2003, S. 221 ff.; OLG München, NJW 2003, S. 1743 ff.). Kritisch zu der Entscheidung des BGH Uhlenbruck, NJW 2003, S. 1710, 1711. Zu den haftungsrechtlichen Fragen einer Weiterbehandlung vgl. Lipp, FamRZ 2004, S. 317, 324 (Fn. 117): Der Betreuer müsse die Rechte des Patienten vor den allgemeinen Zivilgerichten verfolgen, wobei Anspruchsgrundlage aufgrund der Verletzung des Körpers und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Patienten ein quasinegatorischer Unterlassungs- und Beseitigungsanspruch nach § 1004 I BGB analog sein soll. Darüber hinaus beständen Schadensersatzansprüche aus § 823 I BGB und aus Verletzung des Behandlungs- bzw. Heimvertrags aus §§ 280 I, 241 II, 249 I BGB. Zur Beschränkung der Patientenautonomie im Heimvertrag vgl. Ankermann, S. 102 ff.; Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 118.

[134] Das Ethos der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals findet bislang nur in Ansätzen Berücksichtigung, vgl. aber auch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 22 f., 110 ff. Zum ärztlichen Auftrag, zu heilen und Schmerzen zu lindern, dem hippokratischen Eid und dem Genfer Eid vgl. Hohenstein, S. 54 ff. mwN.

(1) Hilfe im Sterben (indirekte Sterbehilfe)

Hilfe im Sterben setzt entsprechend den Grundsätzen der Bundesärztekammer ein, wenn sich der Kranke oder Verletzte in einem Stadium mit irreversiblem Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen befindet und der Eintritt des Todes innerhalb kurzer Zeit, in der Regel in ein bis zwei Wochen, zu erwarten ist. In dieser letzten Phase sind lebensverlängernde Maßnahmen medizinisch nicht mehr indiziert;[135] im Vordergrund steht vielmehr die Linderung von seelischem Leid und körperlichem Schmerz.

Da Deutschland in der Schmerzbekämpfung hinter dem Standard anderer europäischer Staaten zurückbleibt,[136] müssen im Bereich der Hilfe im Sterben die rechtlichen Rahmenbedingungen für ein optimales Angebot an angemessenen Schmerztherapien geschaffen werden. Dies setzt voraus, dass eine medizinisch gebotene und mit Einwilligung des Patienten vorgenommene Schmerztherapie rechtlich erlaubt ist, auch wenn sie als unvermeidbare Nebenfolge zu einer Beschleunigung des Todeseintritts führt.

Wenngleich sich meines Erachtens schon nach geltendem Recht bei Vorliegen der medizinischen Indikation für die Schmerztherapie und der Einwilligung des Patienten die Rechtswidrigkeit der Tat ausschließen lässt (s. o. III. (2) 1.),

---

[135] So auch Lipp, FamRZ 2004, S. 318, 319.

[136] So bemängelte der Bericht der Arbeitsgruppe ‚Würdevolles Sterben' an die 75. Konferenz der Gesundheitsminister vom 20./21. Juni 2002 den geringen Morphinverbrauch und weist darauf hin, dass Deutschland in der Schmerzbekämpfung weit hinter dem Standard zurückbleibt, der in anderen europäischen Staaten schon seit Jahren erreicht ist. Dazu Kutzer, FPR 2004, S. 683, 689. Zur indirekten Sterbehilfe im europäischen Ausland vgl. Taupitz, S. 47 (Fn. 196) mwN.

würde eine klarstellende Regelung – wie sie etwa auch von der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ und vom Arbeitskreis deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer vorgeschlagen wurde[137] – sowohl für die Patienten als auch für die behandelnden Ärzte die nötige Rechtssicherheit bieten. Von einer solchen Ausnahmeregelung wären ohnehin nur wenige Patienten betroffen, weil wirksame Schmerztherapien in aller Regel ohne lebensverkürzende Nebenfolge angeboten werden können.[138]

Vor allem aber müssen in der Sterbephase noch wesentlich mehr Angebote zur Verfügung gestellt werden, die eine Realisierung individuell gewünschter Begleitung und Betreuung in der Sterbephase ermöglichen. Auch hier steht die Entwicklung in Deutschland noch am Beginn,[139] wenngleich der von der Bundesregierung derzeit geplante Ausbau von Hospiz- und Palliativeinrichtungen durchaus als positives Signal verstanden werden darf.[140] Dies genügt aber immer noch nicht, um jedem

137 Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, S. 50; Schöch/Verrel, GA 2005, S. 553, 585.

138 So auch Kutzer, FPR 2004, S. 683, 688; ders., ZRG 2004, S. 213; Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, S. 51.

139 So Montgomery, Vorsitzender des Ärzteverbandes Marburger Bund, Die Welt v. 5.1.2006, S. 4: „Was die würdevolle und professionelle Sterbebegleitung angeht, ist Deutschland immer noch ein Entwicklungsland“. Zur Stellung Deutschlands im europäischen Vergleich etwa Schnack, Ärzte-Zeitung v. 3.11.2005, S. 3. Dazu umfassend Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 15 ff. (Stand der Palliativmedizin in Deutschland), S. 26 ff. (Bedarfsanalyse), S. 41 ff. (Vergleich mit anderen europäischen Ländern), S. 71 ff. (Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen).

140 Nach dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, S. 105 sollen „im Leistungs-, Vertrags- und Finanzierungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Regelungen zur besseren palliativmedizinischen Versorgung verankert werden“.

Patienten in naher Zukunft den gleichen Zugang zur Palliativmedizin wie zur kurativen Medizin zu gewährleisten.[141]

Da sich die meisten Menschen zudem wünschen, zu Hause zu sterben, ist nicht nur ein flächendeckendes Netz ambulanter Palliativ-Betreuung durch Ärzte und Pflegedienste zu schaffen, vielmehr muss auch die Sterbebegleitung durch nahe Angehörige gefördert werden. So ließe sich daran denken, nahen Angehörigen wie Ehegatten, Lebenspartnern, Eltern und Kindern unbezahlten Urlaub einzuräumen, um ein sterbendes Familienmitglied in den letzten Wochen zu begleiten.[142] Einen solchen unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung hat beispielsweise Österreich unter dem Namen *Familienhospizkarenz* im Jahre 2002 eingeführt. Danach kann ein Arbeitnehmer zur Sterbebegleitung von nahen Angehörigen für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten eine Herabsetzung der Arbeitszeit oder die vollständige Freistellung mit sozialrechtlicher Absicherung verlangen. In dieser Phase, die im Durchschnitt zwei bis drei Monate beträgt, wird der Arbeitnehmer finanziell durch die Gewährung eines Pflegegeldes sowie in Notsituationen durch einen Härteausgleich abgesichert.[143] Auch in Belgien und

[141] Kritisch auch Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 67 ff., insb. S. 68.

[142] So auch Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 69 mit der Empfehlung für „eine gesetzliche Regelung zur Freistellung (Karenz) Berufstätiger zur Sterbebegleitung und Pflege schwerkranker und sterbender Angehöriger und Personen, zu denen ein besonderes Näheverhältnis besteht."

[143] (Österreichisches) Bundesgesetz, mit dem das Arbeitsvertragsrecht-Anpassungsgesetz, das Urlaubsgesetz und das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 geändert werden – Familienhospizkarenz, BGBl. I 2002, S. 767 ff.

Frankreich können Arbeitnehmer zur Betreuung sterbender Angehöriger von ihrem Arbeitgeber Karenztage erhalten.[144]

(2) Hilfe zum Sterben

Im Bereich der Hilfe zum Sterben ist die Frage zu beantworten, wie mit den Wünschen und Bedürfnissen von Patienten, die an einer schweren, vielleicht unheilbaren Krankheit leiden, sich jedoch noch nicht in der Sterbephase befinden, umzugehen ist, und wann in diesen Fällen trotz medizinischer Indikation für eine lebenserhaltende Behandlung der Sterbeprozess unter Mitwirkung eines Arztes herbeigeführt werden darf. Ich möchte mich dieser Frage über die drei wichtigsten, das Menschsein bestimmenden Werte annähern: dignitas, voluntas und vita. Diese Reihenfolge verstehe ich als Steigerung, beginne aber in umgekehrter Reihenfolge mit dem höchsten Gut, dem Leben, denn dieses ist die vitale Basis der Menschenwürde und Voraussetzung für die Wahrnehmung aller anderen Grundrechte.[145]

1. Vita

Das in der Verfassung garantierte Recht auf Leben begründet nicht nur ein Abwehrrecht gegen staatliche Organe, sondern auch die Pflicht des Staates, den Einzelnen vor rechtswidrigen Eingriffen Dritter zu schützen. Vom Schutzbereich ist jedes menschliche Leben unabhängig von seiner Qualität in der Zeit-

---

[144] Dazu Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327, 337 (Frankreich); Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 41 (Belgien), S. 44 (Frankreich). Vgl. aber auch § 15a S. 1 Nr. 2 Urlaubsverordnung für die saarländischen Beamten und Richter vom 31.3.2004 (Beurlaubung von längstens einem Monat bei Pflege von Angehörigen).

[145] Schmidt-Bleibtreu/Klein, Art. 2 GG, RdNr. 20b. Vgl. auch Duttge, Preis der Freiheit, S. 8 f.

spanne zwischen Lebensbeginn und Lebensende erfasst.[146] Beginn und Ende des Lebens sind maßgeblich von der Natur geprägt,[147] auch wenn wir heute von *künstlicher* Erzeugung menschlichen Lebens und von *künstlicher* Lebensverlängerung sprechen. Die Kunst, in diesem Fall die Medizin, kann zwar eingreifen in die Natur und natürliche Vorgänge im positiven wie negativen Sinne beeinflussen, völlig ausschalten kann sie die Natur jedoch nicht.[148]

Unabhängig von den medizinischen Möglichkeiten überlassen Menschen aber seit alters her und kulturübergreifend nicht allein der Natur die Entscheidung über Erhalt und Fortbestand des Lebens. Es gehört zu den elementaren menschlichen Geboten, das Leben des Einzelnen durch Pflege und Zuwendung, durch Verabreichung von Flüssigkeit und Nahrung in Situationen zu erhalten, in denen er selbst diese Basisversorgung für sein Leben nicht sicherstellen kann, und zwar unabhängig davon, ob diese Situation am Lebensbeginn, am Lebensende oder irgendwann dazwischen aufgrund von Krankheit oder Gebrechlichkeit auftritt. Der Einsatz der *Apparatemedizin* ändert daran nichts, vielmehr bedeutet medizinischer Fortschritt in diesem Zusammenhang zunächst nur, dass Lebenserhaltung immer effektiver wird.

Leben ist somit unter den medizinisch jeweils möglichen und gebotenen Bedingungen solange schützenswert, bis es trotz des jeweils medizinisch Möglichen zu Ende geht. Daher ist es auch nicht richtig, von *künstlicher Lebensverlängerung* zu sprechen, zu-

---

[146] v. Münch/Kunig (Kunig), Art. 2 GG, RdNr. 49.

[147] Davon zu trennen ist die Problematik der Bestimmung des Todeszeitpunkts durch die Medizin (dazu Hohenstein, S. 51 ff. mwN).

[148] Nach wie vor sind wir nicht unsterblich, denn trotz „künstlicher“ Lebensverlängerung ist Leben von Natur aus endlich. Der Mensch kann Leben verkürzen, nicht aber unendlich verlängern.

mal dieser Begriff ja keineswegs immer verwandt wird, wenn ein Sterbeprozess verhindert wird. Kein Mensch spricht von *künstlicher Lebensverlängerung*, wenn ein Frühgeborenes unter Einsatz der Apparatemedizin vor dem Tod bewahrt wird und sich später zu einem gesunden Kind entwickelt oder wenn der Anschluss an ein Beatmungsgerät das Überleben eines Unfallopfers mit anschließender Wiederherstellung der Gesundheit ermöglicht.

Dem Begriff der *künstlichen Lebensverlängerung* lassen sich somit nicht bestimmte Behandlungsmethoden der Medizin zuordnen, vielmehr ist der Einsatz dieses – negativ belegten – Begriffes davon abhängig, welcher Zustand nach der medizinischen Behandlung auf Seiten des Patienten erreicht werden kann. Positiv bewertet werden diese Methoden dann, wenn sich durch ihren Einsatz der Zustand des Patienten verbessert, hingegen erfolgt eine negative Bewertung, wenn sich der Zustand des Patienten durch die Behandlung nicht verändert (wie etwa im Falle des Wachkomas) oder trotz Behandlung weiter verschlechtert (wie beispielsweise im Falle der hochgradigen Altersdemenz).[149]

Dennoch wird für eine Einschränkung des Lebensschutzes nicht der Zustand des Patienten, sondern ein „weiches" Kriterium als Anknüpfungspunkt gewählt, nämlich der Wille des Patienten, der im Fall der Entscheidungsunfähigkeit ein weites Interpretationsfeld eröffnet, das selbst Raum für dessen vollständige Nichtbeachtung lässt, wie beispielsweise bei der Bluttransfusion auf einen Zeugen Jehovas.[150] Die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht täuscht darüber hinweg, dass die *Qualität des Lebens*, die nach der ärztlichen Behandlung zu erwarten

[149] Dazu auch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 83 f.
[150] Kritisch daher auch v. Renesse, Zeitschrift für Evangelische Ethik 2005, S. 144, 146.

ist, bei den täglich zu treffenden Entscheidungen über Leben und Tod einen nicht unerheblichen Faktor darstellt.[151]

Da das Leben jedoch unabhängig von seiner Qualität unter dem Schutz der Verfassung steht und alles Leben gleichwertig ist, darf der Lebensschutz nicht von einer – wie auch immer zu bestimmenden – Lebensqualität und einem damit verbundenen Wert- oder Unwerturteil über das Leben abhängig gemacht werden.[152]

2. Voluntas

Außer Frage steht, dass ein Arzt einen Patienten nicht gegen dessen Willen behandeln darf. Außer Frage steht aber auch, dass ein Arzt einen Patienten – solange eine Behandlung medizinisch indiziert ist – nicht gegen dessen Willen sterben lassen darf. Doch wo liegen einerseits die Grenzen des Patientenwillens und welche Anforderungen sind andererseits an seinen Willen zu stellen?[153]

---

[151] Deutlich allerdings Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 84: „Dabei ist zu prüfen, was bei Bewusstlosen über die reine Lebenserhaltung hinaus für sie erwartet werden kann. Wo keine weitere Besserung dieses Zustandes möglich ist, entfällt die Indikation und damit in aller Regel der mutmaßliche Wille zur Fortsetzung der Behandlung.“ Hier wird verkannt, dass medizinische Indikation und Einwilligung des Patienten zwei unterschiedliche, kumulativ erforderliche Voraussetzungen für die Behandlung sind.

[152] So im Ergebnis auch Landau, ZRP 2005, S. 50, 54.

[153] Zur Bedeutung des aus Art. 2 I GG abgeleiteten Selbstbestimmungsrechts für die Entscheidungen am Lebensende vgl. Hohenstein, S. 99 f. Zwar gebietet auch die Menschenwürde, jeden Menschen als Subjekt seiner Entscheidungen zu respektieren, daraus ergeben sich aber keine weiterführenden Maßgaben. Dazu v. Münch/Kunig (Kunig), Art. 1 GG, RdNr. 36. Vgl. weiter Knopp, MedR 2003, S. 379, 384 ff.

a) Grenzen des Willens (aktive Sterbehilfe)

Das verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht umfasst zwar jede individuelle Entscheidung über das eigene Leben einschließlich über dessen vorzeitige Beendigung,[154] begründet aber keinen Anspruch darauf, mit Hilfe eines Dritten auf der Grundlage eines von staatlicher Seite zur Verfügung gestellten Verfahrens getötet zu werden.[155] Dies beantwortet jedoch nicht die in der Literatur umstrittene Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen die Legalisierung aktiver Sterbehilfe verfassungsrechtlich zulässig wäre.[156] Als unerlässliche Voraussetzung aktiver Sterbehilfe gilt die Entscheidungsfähigkeit des Patienten unmittelbar vor der Tötung.[157] Eine Entscheidung in Selbstbestimmung verlangt auch das seit 2002 geltende niederländische Euthanasiegesetz;[158]

[154] Dreier (Schulze-Fielitz), Art. 2 II GG, RdNr. 32.

[155] Dreier (Schulze-Fielitz), Art. 2 II GG, RdNr. 64 mwN. Vgl. weiter Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 33 ff.

[156] Hohenstein, S. 78 ff., insb. S. 86 ff. hält die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland für unvereinbar mit dem Grundgesetz. Ähnlich v. Münch/Kunig (Kunig), Art. 2 GG, RdNr. 51. Zur Vereinbarkeit der aktiven Sterbehilfe mit dem Grundgesetz vgl. Fischer, S. 334 ff. Vgl. weiter Empfehlungen des Europarats zum Schutz der Rechte und Würde von terminal Kranken und Sterbenden vom 25.6.1999; dazu Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327, 334. Vgl. aber auch Knopp, MedR 2003, S. 379, 386 f.

[157] So Hohenstein, S. 80 ff. mwN.

[158] Das am 1.4.2002 in Kraft getretene niederländische Euthanasiegesetz setzt neben dem freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellten Verlangen des Patienten voraus, dass der Zustand des schwerkranken Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist, der Patient umfassend aufgeklärt wurde, keine andere für den Patienten annehmbare Lösung als Alternative zur aktiven Sterbehilfe besteht und ein zweiter Arzt zu Rate gezogen wurde. Zur Rechtslage in den Niederlanden vgl. Hohenstein, S. 30 ff., insb. S. 40 ff.; Fischer, S. 169 ff.; Oduncu, MedR 2005, S. 437, 443 ff.; Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327 ff.; Lindemann, ZStW 117, S. 18 ff.; BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 46

demzufolge machen nach den offiziellen Zahlen[159] ganz überwiegend Krebspatienten von dem Angebot der aktiven Sterbehilfe Gebrauch.[160]

Doch welche achtenswerten Gründe können schwer kranke Patienten für ihren Wunsch, getötet zu werden, in Anspruch nehmen? Sicher nicht das Vermeiden eines monate- oder jahrelangen körperlichen und seelischen Leids, denn dies könnte sich der Patient auch dadurch ersparen, dass er seinem Leben selbst ein Ende setzt.[161] Somit lässt sich nur der Vorteil des Einzelnen ausmachen, in einer Situation, in der er vielleicht

---

ff. Allerdings kann in den Niederlanden (und in Belgien) aktive Sterbehilfe auch auf der Grundlage einer Vorausverfügung verlangt werden, vgl. dazu Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 22, 26; Khorrami, MedR 2003, S. 19, 22; Janssen, ZRP 2001, S. 179, 182.

[159] Nach vorsichtigen Schätzungen wird nur die Hälfte der Fälle gemeldet; bei ca. einem Drittel der Fälle erfolgt die Tötung nicht gemäß der Gesetzeslage auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, sondern mit dessen mutmaßlichen Willen. Dazu Oduncu, MedR 2005, S. 437, 443 ff. Vgl. weiter Duttge, Preis der Freiheit, S. 21, 54 f.; Jochemsen, DRiZ 2005, S. 255 ff.

[160] Dazu Lindemann, ZStW 117, S. 18, 24 (Zahlen für 2003); ähnlich die Zahlen vor 2002, dazu Janssen, ZRP 2001, S. 179, 182; Oduncu, MedR 2005, S. 437, 443. Zur Diskussion über aktive Sterbehilfe im europäischen Ausland vgl. auch Taupitz, S. 49 (Fn. 211) mwN.

[161] Lediglich in extremen Ausnahmefällen schwerster körperlicher Bewegungsunfähigkeit, in denen der Suizid nicht selbst ausgeführt und die Herbeiführung des eigenen Todes nur durch die Tatherrschaft eines Dritten bewirkt werden kann, läge der Vorteil darin, körperliches und seelisches Leid zu vermeiden. Vgl. dazu die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (Pretty/Vereinigtes Königreich) aus dem Jahre 2002 (EuGHMR, NJW 2002, S. 2851 ff.), wonach sich aus der Europäischen Menschenrechtskonvention kein Recht ableiten lässt, mit Hilfe einer dritten Person oder einer Behörde den Tod herbeizuführen. Zum Urteil des EuGHMR vgl. Hohenstein, S. 46 f.; Fassbender, JURA 2004, S. 115 ff. Vgl. aber auch Kusch, NJW 2006, S. 261 f.

schon körperlich geschwächt ist, nicht selbst an sich Hand anlegen zu müssen.

Ob dieser Vorteil eine von staatlicher Seite zugelassene Tötung Dritter zu tragen vermag, erscheint bereits fraglich, vor allem aber ließe sich eine Begrenzung auf Schwerkranke kaum rechtfertigen. Warum sollte nur diesen ein *Recht auf den Tod durch Dritte* gewährt werden, nicht aber jenen zehntausend Lebensmüden, die jährlich ihrem Leben durch Suizid ein Ende setzen und die ebenfalls für sich gute Gründe, etwa die Aussicht auf eine lebenslange Freiheitsstrafe, den Tod eines geliebten Menschen, oder andere schwere Schicksalsschläge wie Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung usw. anführen können?[162] Selbst bei einer Beschränkung aktiver Sterbehilfe auf Schwerkranke ist eine sachgerechte Grenzziehung kaum möglich: Welche Krankheitsbilder rechtfertigen in welchem Stadium aktive Sterbehilfe, sind schwere psychische Leiden – wie im belgischen Euthanasiegesetz vorgesehen[163] – einem schweren körperlichen Leid gleichzustellen und soll aktive Sterbehilfe auch bei schweren körperlichen Behinderungen erlaubt sein?[164]

Die Zulassung aktiver Sterbehilfe muss nicht – wenn ihre Voraussetzungen eng genug gefasst sind – zu dem viel beschwore-

---

[162] Bundesweit werden jährlich ca. 10.000 Selbsttötungen vollzogen; knapp die Hälfte der Menschen ist über 60 Jahre alt; die höchste Suizidrate gibt es bei den über 80-Jährigen (taz v. 19.10.2005).

[163] Das im September 2002 in Kraft getretene belgische Euthanasie-Gesetz gilt nicht für geistig Behinderte und Demenzpatienten, schließt aber eine Tötung auf Verlangen bei Menschen mit andauernden psychischen Leiden nicht aus. Im Übrigen gelten ähnliche Sorgfaltsanforderungen wie in den Niederlanden (unerträgliches Leiden des Patienten, irreversibler Zustand des Patienten, ausdrücklich erklärter Wille des Patienten, Hinzuziehung eines zweiten Facharztes). Dazu Hohenstein, S. 44 f.; BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 34 f.; Khorrami, MedR 2003, S. 19, 22; Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327, 330.

[164] Dazu auch Kutzer, ZRP 2003, S. 209, 211.

nen Dammbruch führen,[165] sie wäre aber nur unter Inkaufnahme ganz erheblicher Wertungswidersprüche und damit unter Störung des Rechtsfriedens möglich.[166] An der geltenden Rechtslage, die die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts dort enden lässt, wo Dritte die Tötungshandlung vornehmen sollen, sollte daher festgehalten werden.[167]

b) Anforderungen an den Willen (passive Sterbehilfe)

In Fällen, in denen der Patient entscheidungsunfähig ist und demzufolge nicht unmittelbar vor der ärztlichen Behandlung nach umfassender Aufklärung seinen Willen äußern kann, ist zu fragen, welche Anforderungen an eine Entscheidung in Selbstbestimmung zu stellen sind.[168] Wann soll eine Patientenverfügung als Vorausverfügung bindend sein? Kann auf der Grundlage eines nur mutmaßlichen Willens eine lebenserhaltende Behandlung unterlassen werden? Dürfen Dritte als Vertreter des Patienten eigene Entscheidungen an Stelle des Patienten treffen?

---

[165] Zu Missbrauchsgefahren (insb. Einflussnahme Dritter) und zum Dammbrucheffekt (Erstreckung auf weitere Krankheitsbilder) vgl. Hohenstein, S. 110 ff.; Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 15.

[166] So im Ergebnis auch Landau, ZRP 2005, S. 50, 51 f.; Duttge, GA 2001, S. 158, 171 ff. Vgl. weiter Birgit Schröder, S. 239 ff.

[167] Zu den Grenzen der Selbstbestimmung vgl. auch Duttge, GA 2001, S. 158, 160 ff.

[168] Eine in Selbstbestimmung getroffene Entscheidung liegt nur dann vor, wenn der Wille frei (d.h. ohne äußeren Druck) gebildet wurde und sie keiner momentanen Stimmungsschwankung entstammt. Dazu auch Hohenstein, S. 114 ff. Keine Entscheidung in Selbstbestimmung können demzufolge Patienten mit hochgradiger Altersdemenz oder schwerer geistiger Behinderung treffen. A. A. Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 52.

Die Antworten auf diese Fragen sind maßgeblich von der Einordnung des tatsächlichen Geschehens bestimmt, das darin besteht, dass auf die medizinisch gebotene lebenserhaltende Behandlung verzichtet und stattdessen eine palliativmedizinische Betreuung vorgenommen wird. Die Bewertung dieses Geschehens als ein rein „Passives" ist zwar zum Schutz der behandelnden Ärzte vor Strafverfolgung nötig, wird jedoch den zugrunde liegenden ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen nicht gerecht.[169] Die von der Bundesärztekammer als *Änderung des Behandlungsziels* gewählte Bezeichnung beschreibt wesentlich deutlicher als das juristische *Unterlassen*, dass es regelmäßig um eine *Herbeiführung des Todes* unter ärztlicher und pflegerischer Betreuung geht,[170] die oft durch den Einsatz zusätzlicher ärztlicher Maßnahmen wie einer Schmerztherapie[171] oder einer sog. finalen Sedierung[172] gekennzeichnet ist.

---

[169] Kritisch zum Unterlassen auch Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 18. Vgl. weiter Gössel/Dölling, Kap. 1, RdNr. 59 f.

[170] So auch Kutzer, FPR 2004, S. 683, 685.

[171] In dem vom BGH (NJW 2005, S. 2385, 2386) im Juni 2005 entschiedenen Fall eines Behandlungsabbruchs bei einem Wachkoma-Patienten bedeutete die Änderung des Behandlungsziels, dass die künstliche Ernährung eingestellt und die Flüssigkeitszufuhr erheblich reduziert wurde. Über die Magensonde sollten nur noch 500 ml kalorienfreie Flüssigkeit pro Tag sowie verschiedene Medikamente zugeführt werden. Bei Befolgung dieser Maßnahme wäre der Patient binnen zehn Tagen an einer Nierenvergiftung gestorben. Für diese Phase wurden besondere Pflegemaßnahmen und eine Schmerztherapie angeordnet, um dem Patienten das Sterben zu erleichtern.

[172] Sedierung und Schmerztherapie unterscheiden sich dadurch, dass die Schmerztherapie eine Linderung der Schmerzen ohne Bewusstseinsdämpfung zum Ziel hat, während die Sedierung durch Bewusstseinsdämpfung Schmerzen ausschaltet. Zur Kombination passiver und indirekter Sterbehilfe im Universitätsklinikum Göttingen vgl. Wernstedt, S. 85 ff. Kritisch zur sog. finalen Sedierung Duttge, Preis der Freiheit, S. 86 ff.

Der formaljuristische Rückzug in die Konstruktion der passiven Sterbehilfe verdeckt, dass ethisch kaum Unterschiede zur aktiven Sterbehilfe bestehen. In beiden Fällen wird unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein Sterben mit ärztlicher Hilfe herbeigeführt. Insbesondere bei Wachkoma-Patienten, die bei einer Weiterbehandlung noch Jahre leben könnten, steht die Entscheidung über das „Ob" des Sterbens so im Vordergrund, dass die Frage des „Wie" (Herbeiführung des Todes durch Verabreichung einer tödlichen Injektion oder beispielsweise durch Eigenvergiftung des Körpers) an Bedeutung verliert.[173]

Dies soll keineswegs ein Plädoyer für aktive Sterbehilfe sein; ganz im Gegenteil glaube ich, dass wir bei der passiven Sterbehilfe die Grenzen enger ziehen müssen, wenn wir bei der Diskussion über die aktive Sterbehilfe nicht unsere Glaubwürdigkeit verlieren wollen.[174] Als typisches Wesensmerkmal der aktiven Sterbehilfe gilt die Intention, einen Menschen gezielt durch eine Maßnahme zu töten, die auch das Leben eines Gesunden beenden würde.[175] Ohne jeden Zweifel würde aber auch ein

[173] Kritisch auch Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 20a. Vgl. weiter Landau, ZRP 2005, S. 50 f.; Fischer, S. 83 ff. Vgl. aber auch Hufen, NJW 2001, S. 849, 854; Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 14, 38 f.

[174] Wir empören uns über die Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien, verschließen aber die Augen davor, dass nach geltender deutscher Rechtslage aufgrund eines mutmaßlichen Willens das Sterbenlassen eines Patienten durch Verhungern oder durch Eigenvergiftung des Körpers unter ärztlicher Betreuung rechtlich erlaubt ist und zwar unabhängig davon, in welchem Krankheitsstadium sich der Patient befindet. Kritisch auch Laufs, NJW 1998, S. 3399, 3400; Beckmann, Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 9, 19.

[175] So etwa Weber/Stiehl/Reiter/Rittner, Dt. Ärzteblatt 98, A 3184, 3187; Holzhauer, FamRZ 2006, S. 518, 524. Zu den Abgrenzungsschwierigkeiten vgl. auch Birgit Schröder, S. 104 f.

gesunder Mensch, etwa ein Säugling sterben, wenn er keine Nahrung und kaum Flüssigkeit erhielte. Auch die Vorstellung, dass sich die aktive Sterbehilfe vom passiven Hinnehmen des Sterbens durch die Herrschaft über das Leben des Patienten unterscheide,[176] versagt bei einem der Versorgung Dritter vollständig ausgeliefertem menschlichen Leben.

Beide Formen der Sterbehilfe sind somit ethisch durchaus vergleichbar: Bei der aktiven Sterbehilfe besteht die den Tod herbeiführende Maßnahme in der Verabreichung einer tödlichen Injektion – wie es in den Niederlanden und in Belgien seit einigen Jahren praktiziert wird –, bei der passiven Sterbehilfe hingegen in der Einstellung bzw. der Reduktion der zum Weiterleben notwendigen Versorgung.[177] Dennoch sind die Anforde-

[176] v. Mangoldt/Klein/Starck, Art. 2 Abs. 2 GG, RdNr. 215.

[177] Die deutsche Rechtsentwicklung entspricht dabei der europäischen. Kritisch zu dem überwiegend in richterlicher Rechtsfortbildung zugelassenen Therapieabbruch in verschiedenen europäischen Ländern Wernstedt, S. 104 ff., insb. S. 164: „De facto wurde bei den Präzedenzfällen jeweils bei einem schwerstkranken Menschen, der sich nicht im Sterbeprozeß befand, durch Unterlassen der Ernährung der Sterbeprozeß eingeleitet. Intention war dabei die Tötung des Menschen unter der Annahme, daß dies seinem mutmaßlichen Willen entspricht. Insofern sind diese Präzedenzfälle als juristisch anerkannte Ausnahmen aktiver Sterbehilfe zu werten, entgegen der jeweils geltenden Gesetze und Standesrichtlinien. [...] Es geht nicht um das Zulassen eines Sterbeprozesses, sondern um das Einleiten dieses Prozesses." Zu Recht weist Wernstedt, S. 104 darauf hin, dass die Vorstellung, es handle sich beim Sterben auf einer Intensivstation um das Geschehenlassen eines natürlichen Prozesses, verfehlt sei, weil diesem Geschehen ein gesteuertes Ereignis zugrunde liege. Vgl. auch schon vor rund zwanzig Jahren Eser, S. 45, 65: „Auch die Trennung zwischen passiver Sterbehilfe einerseits und aktiver Sterbehilfe andererseits scheint nicht frei von ethischer Willkür. [...] Wäre etwa eine schnellwirkende Injektion grundsätzlich und in jedem Fall ethisch und rechtlich verwerflicher als ein die Qual des Sterbens verlängernder Nahrungsentzug?" Ähnlich auch Reuter, S. 240 mit Hinweis auf die Niederlande.

rungen an die in Selbstbestimmung getroffene Entscheidung höchst unterschiedlich: Die strafbare aktive Sterbehilfe wird in Deutschland nur dann privilegiert, wenn ein ernsthaftes und ausdrückliches Verlangen des Patienten vorliegt (§ 216 StGB), während für die passive Sterbehilfe nach ganz herrschender Meinung und höchstrichterlicher Rechtsprechung der mutmaßliche Wille des Patienten ausreichend ist. Auf der Rechtsfolgenseite führt die Tötung auf Verlangen in Deutschland zu einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, während das unter ärztlicher Begleitung herbeigeführte und in vielen Fällen nur auf dem mutmaßlichen Willen beruhende Sterbenlassen durch Eigenvergiftung des Körpers oder Verhungern straffrei ist.[178]

Da für die strafrechtliche Beurteilung des Sachverhalts an der Einordnung des Geschehens als ein „Passives" festzuhalten ist, können Wertungswidersprüche nur dadurch behoben werden, dass an die in Selbstbestimmung getroffene Entscheidung (mit dem Inhalt, an die Stelle der medizinisch gebotenen lebenserhaltenden Behandlung eine den Tod herbeiführende palliativmedizinische Behandlung treten zu lassen) hohe Anforderungen gestellt werden.[179]

---

[178] Zur strafrechtlichen Einordnung Thias, S. 59 ff., 87 ff.

[179] Ein vergleichbarer Wertungswiderspruch besteht auch zu Beginn des Lebens bei Vornahme sog. Spätabtreibungen ab dem fünften Schwangerschaftsmonat, d.h. in Fällen, in denen das Ungeborene außerhalb des Mutterleibes lebensfähig wäre. Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a II StGB, wenn z.B. eine Behinderung des Ungeborenen die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren begründet, die Schwangerschaft aber schon so weit fortgeschritten ist, dass die in einem frühen Stadium üblichen Methoden eines Abbruchs ausscheiden, wird die Schwangerschaft durch sog. Fetozid beendet. Bei dieser Methode wird durch die Bauchdecke der Mutter in das fetale Herz Kaliumchlorid oder Fibrinkleber gespritzt, um auf diese Weise den Tod der Leibesfrucht im Mutterleib herbeizuführen.

aa) Patientenverfügung

Das auf die Verfassung gegründete Erfordernis der Einwilligung des Patienten in den ärztlichen Eingriff[180] setzt für eine in Selbstbestimmung getroffene Entscheidung voraus, dass der Patient umfassend über die ärztliche Behandlung, ihre Risiken und Folgen aufgeklärt wurde.[181] Da dem Patienten auch die freie Entscheidung über das „Ob" der Behandlung verbleiben muss, ist er auch über die Risiken und Folgen der Nichtvornahme der Behandlung aufzuklären; entsprechendes gilt für eine Umstellung oder den Abbruch der Therapie.[182] Lediglich

Die Tötung des Ungeborenen vor Einleitung der Geburtswehen ist erforderlich, um das Geschehen als straffreien Schwangerschaftsabbruch einordnen zu können. Führt der Arzt nach Einsetzen der Geburtswehen den Tod des Kindes herbei, etwa durch Herauszögerung der Geburt, dann liegt je nach Fallkonstellation – auch wenn die Voraussetzungen des § 218a II StGB bis zum Einsetzen der Wehen vorlagen und den Arzt zur Vornahme der Spätabtreibung berechtigten – Totschlag oder Tötung durch Unterlassen vor. Auch hier geht es nicht darum, die Grenzen erlaubter Tötung zu erweitern, sondern die Praxis des Fetozids bei Spätabtreibungen zu überdenken. Zudem belegt auch dieses Beispiel, dass die rechtlichen Zäsuren am Lebensbeginn und am Lebensende und die damit verbundene höchst unterschiedliche strafrechtliche Beurteilung ärztlichen Handelns aus ethischer Perspektive nicht immer überzeugend sind. Zum Fetozid Schumann/Schmidt-Recla, MedR 1998, S. 497 ff.

[180] Dieses Erfordernis folgt aus den Verfassungsprinzipien der Menschenwürde, des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (BVerfG, NJW 1979, S. 1925, 1931).

[181] Nur in Ausnahmefällen wird von diesem Erfordernis abgesehen, etwa wenn ein bewusstloses Unfallopfer ohne zeitliche Verzögerung behandelt werden muss. In diesen Fällen darf eine medizinisch indizierte ärztliche Behandlung vorgenommen werden, wenn der Arzt annehmen darf, dass ein verständiger Kranker in dieser Lage bei angemessener Aufklärung eingewilligt hätte. Dazu Laufs/Uhlenbruck (Laufs), § 64, RdNr. 11 ff.

[182] Dazu Taupitz, S. 32 ff. mwN. Zwar könne – so Taupitz – eine behandlungsabwehrende Entscheidung des Patienten ohne vorherige Auf-

wenn der Patient ausdrücklich auf eine Aufklärung verzichtet, kann die Einwilligung auch ohne ärztliche Aufklärung wirksam sein.[183]

Die Entscheidung, ob an die Stelle einer medizinisch indizierten lebenserhaltenden Behandlung eine palliativ-medizinische, den Tod herbeiführende Behandlung treten soll, ist daher vom Patienten nach umfassender Aufklärung über mögliche Alternativen zu treffen. Bei einer Vorverlagerung der Entscheidung, wie sie im Rahmen der Patientenverfügung[184] geschieht, müsste diese Aufklärung zum Zeitpunkt der Abfassung stattfinden.

klärung nicht unwirksam sein, weil nur der Eingriff einer Rechtfertigung bedürfe, jedoch sei der Arzt (vor)vertraglich und standesrechtlich verpflichtet, den Patienten auf die Gefahr einer Selbstschädigung als Folge der Ablehnung der Behandlung hinzuweisen. Die Aufklärungspflicht dürfe daher in ihrer Funktion nicht auf die Vorbereitung der Einwilligung beschränkt werden, sondern stelle eine selbstständige Grundpflicht des Arztes dar, deren Grundlage das Persönlichkeitsrecht des Patienten sei. Vgl. weiter Laufs/Uhlenbruck (Laufs), § 62, RdNr. 3, § 63, RdNr. 16, 20; Ulsenheimer, S. 84.

183 BGH, NJW 1973, S. 556, 558.

184 Unter „Patientenverfügung" wird hier die Erklärung eines einwilligungsfähigen Patienten zur Vornahme oder Nichtvornahme medizinischer und pflegerischer Maßnahmen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit verstanden, die nicht im Hinblick auf eine konkrete Behandlung abgegeben wird. Für jede im Zusammenhang mit einer bereits begonnenen oder unmittelbar bevorstehenden Behandlung abgegebene Erklärung ist an den allgemeinen Grundsätzen festzuhalten. Auch der Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 15 grenzt von den Patientenverfügungen sog. „aktuelle Einwilligungen", die sich durch die zeitliche Nähe und die Bezogenheit auf eine konkrete ärztliche Maßnahme auszeichnen, ab. Vgl. weiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 5; Lipp, Patientenautonomie, S. 21 f.; Baumgarten, S. 304 ff. Kritisch zur Patientenverfügung Eibach, Zeitschrift für Evangelische Ethik 2002, S. 109 ff.

Während die in den letzten Jahren in Deutschland vorgelegten Entwürfe verschiedener Kommissionen und Arbeitsgruppen ganz überwiegend von einer vorherigen ärztlichen Aufklärung als Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung absehen,[185] hat Österreich inzwischen ein Patientenverfügungs-Gesetz verabschiedet, das für eine bindende Wirkung der Patientenverfügung u. a. eine ärztliche Aufklärung und eine Aktualisierung der Verfügung im Abstand von fünf Jahren vorsieht.[186]

Der in Deutschland gegen das Erfordernis einer vorherigen Aufklärung erhobene Einwand, dass ein gesunder Patient nicht sinnvoll über eine Jahre später eintretende und zum Zeitpunkt der Aufklärung unbekannte Krankheit aufgeklärt werden könne,[187] überzeugt schon deshalb nicht, weil dann auch die auf

---

[185] So insb. Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (kritisch dazu v. Renesse, Zeitschrift für Evangelische Ethik 2005, S. 144, 146); Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, S. 33; Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende", S. 16 f.; Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 32, 41 f.; a. A. Sondervotum zum Zwischenbericht von Marion Albers, Martin Mayer, Carola Reimann und Marlies Volkmer, S. 64 f. Eine vorherige ärztliche Aufklärung empfiehlt die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 10, 42 f. Vgl. aus dem Schrifttum Geißendörfer/Tietze/Simon, BtPrax 2004, S. 43, 45; Ankermann, S. 92 f.; Lipp, Patientenautonomie, S. 29 ff.; Wagenitz, FamRZ 2005, S. 669, 675 f.; Duttge, Intensiv- und Notfallbehandlung 30, S. 171, 172 f.; ders., Preis der Freiheit, S. 35 ff.

[186] (Österreichisches) Bundesgesetz über Patientenverfügungen (BGBl. I 2006), § 5 (Aufklärung), § 7 (Erneuerung); die Erneuerung oder Änderung der Verfügung (nicht hingegen ein Widerruf) setzt eine erneute ärztliche Aufklärung voraus. Zum österreichischen Patientenverfügungs-Gesetz vgl. auch Gmeiner/Kopetzki, Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 67 ff. (mit Kritik am Erfordernis der Aufklärung, S. 71). Zur Rechtslage in der Schweiz vgl. Baumgarten, S. 308 ff.

[187] Etwa Lipp/Nagel, FF 2005, S. 83, 85 f.; Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, S. 17. Vgl. weiter Thias, S. 105 ff.

eine unbekannte künftige Krankheitssituation bezogene Voraus-Erklärung des Patienten unwirksam sein müsste.[188] Denn wenn eine Aufklärung daran scheitern sollte, dass die Behandlungssituation, auf die sich die Aufklärung bezieht, zu unspezifisch ist, dann müsste dies erst recht für die Wirksamkeit der Erklärung selbst gelten.

Eine ärztliche Beratung und Aufklärung ist bei einer Vorausverfügung aber durchaus möglich und auch sinnvoll, wenn sie zum Ziel hat, die Wünsche des Patienten zu ermitteln und ihm bei der Umsetzung in eine verbindliche, selbstbestimmte Verfügung behilflich zu sein.[189] Zu klären wäre etwa, ob der Patient seine Verfügung auf bestimmte Situationen beschränken will (etwa auf den unmittelbaren Sterbeprozess, auf eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit, bei der der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder auf Fälle irreversibler Bewusstlosigkeit) und auf welche ärztlichen Maßnahmen der Patient in welcher Situation verzichten möchte.[190]

---

[188] Kritisch daher auch Landau, ZRP 2005, S. 50, 52 f.

[189] Darüber hinaus müsste gerade älteren, noch einwilligungsfähigen Patienten jederzeit das Angebot zu einem Aufklärungsgespräch ortsnah, etwa beim Hausarzt, aber auch noch nach Aufnahme in einem Pflegeheim zur Verfügung stehen. Man könnte weiter daran denken, dass Alten- und Pflegeheime bereits bei der Aufnahme etwaige Grenzen einer Mitwirkung an der Herbeiführung des Todes darlegen müssen, so dass für den Heimbewohner von vornherein Gewissheit darüber besteht, ob seine Patientenverfügung in dem Heim seiner Wahl akzeptiert wird. Schließlich könnte eine in Selbstbestimmung getroffene Entscheidung des Heimbewohners in den Heimvertrag aufgenommen werden, so dass das Pflegeheim bei einem späteren Eintritt der in der Verfügung niedergelegten Behandlungssituation zur pflegerischen Betreuung und Begleitung des Sterbens vertraglich verpflichtet ist und den Heimvertrag nicht kündigen kann.

[190] In diesem Sinne auch Duttge, Intensiv- und Notfallbehandlung 30, S. 171, 174 ff.

Dabei geht es nicht nur darum, dem Patienten die für seine Entscheidungen nötigen medizinischen Kenntnisse zu verschaffen, sondern auch die Einwilligungsfähigkeit des Patienten festzustellen und ihm im Dialog Gelegenheit zu geben, sich über Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung Klarheit zu verschaffen.[191] Schließlich sollte aus Beweissicherungsgründen die Verfügung schriftlich verfasst sein[192] und zur Sicherstellung der Aktualität des Patientenwillens in regelmäßigen Abständen – wenigstens alle fünf Jahre bis zum Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit – bestätigt werden.[193]

---

[191] So auch Taupitz, S. 112: „Zu berücksichtigen ist schließlich, daß die Rechtsordnung schon bei viel weniger wichtigen (gerade auch antizipativen) Entscheidungen (z.B. beim Schenkungsversprechen, Grundstückskaufvertrag) eine vorherige Belehrung durch Fachleute verlangt, um dem Betroffenen die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung bewußt zu machen. Angesichts dieser vielfältigen Gesichtspunkte dürfte es (zumindest de lege ferenda) angezeigt sein, eine antizipative *behandlungsablehnende* Patientenverfügung in Anlehnung an die Wertung des § 1904 BGB dann (aber auch nur dann), wenn die begründete Gefahr besteht, daß der Betroffene bei ihrer Befolgung stirbt oder einen erheblichen gesundheitlichen Schaden erleidet, nur unter *der* Voraussetzung als verbindlich anzusehen, daß ein Arzt in der Verfügung bestätigt hat, den Betroffenen über Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung aufgeklärt zu haben. Auf diese Weise wird die Patientenverfügung zu einem Mittel der notwendigen Kommunikation zwischen Arzt und (zukünftigem) Patienten, wird die sachlich gebotene Kongruenz zwischen antizipativer und (gelegentlich schwer davon abzugrenzender) konkreter Einwilligung bzw. Behandlungsverweigerung hergestellt." Vgl. weiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 11; Hohenstein, S. 114 ff.

[192] So auch Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 10, 43; Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, S. 19; Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 32, 41; Mertin, ZRP 2004, S. 170, 172. A. A. Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 16 f.

[193] Dazu Duttge, Intensiv- und Notfallbehandlung 30, S. 171, 176; ders., Preis der Freiheit, S. 46 f. Vgl. aber auch Ankermann, S. 93 ff. Überwiegend wird in Deutschland eine Widerrufslösung befürwortet, vgl. etwa

Mit diesen Anforderungen an die Patientenverfügung ließen sich nicht nur Wertungswidersprüche zur privilegierten aktiven Sterbehilfe auf Verlangen (ernstliches und ausdrückliches Verlangen), sondern auch zu den allgemeinen Anforderungen an die ärztliche Aufklärung vermeiden.[194] Gleichzeitig müssten diese Anforderungen auf der Rechtsfolgenseite mit der Gewährleistung für den Patienten verbunden werden, dass sein Wille unabhängig davon, ob er sich bereits in der Sterbephase

---

Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (§ 1901a BGB-E); Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 10.

[194] So schon Taupitz, S. 111: „Das eigentliche Problem der Patientenverfügung besteht darin, daß der Arzt in einer Art und Weise an eine ggf. formularförmige Erklärung gebunden sein soll, wie es zentralen Prinzipien des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die dem *Schutz* des Patienten dienen, widerspricht: Nach allgemeinen Grundsätzen hat der Arzt den Patienten im persönlichen Gespräch über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären; [...] jene Patienten, die eine medizinisch indizierte Maßnahme ablehnen, sind eindringlich auf die Notwendigkeit der Behandlung sowie auf die Gefahren einer Nichtbehandlung aufmerksam zu machen; [...]. Nach allgemeinen Grundsätzen hat der Arzt im Rahmen des Aufklärungsgesprächs auch die Einwilligungsunfähigkeit des Patienten zu prüfen, auch Anzeichen für äußeren Druck (in Form familiärer oder sonstiger Fremdbestimmungsversuche) nachzugehen. [...] Die vorstehenden Einwände betreffen auch keineswegs nur ‚Realisierungs'- bzw. ‚Praktikabilitätsfragen'. Denn bereits oben wurde dargelegt, welche herausragende Bedeutung die Rechtsordnung der individuellen Aufklärung des Arztes für das *Selbstbestimmungsrecht* des Betroffenen zumißt. Dann ist es aber wenig überzeugend, gerade *antizipative* existenzielle Entscheidungen des Patienten anders zu behandeln und auf das Aufklärungserfordernis hier zu verzichten. Dies gilt auch für Behandlungsabbruch- oder -verweigerungsentscheidungen, die zwar (wie dargestellt) zu ihrer *Wirksamkeit* keiner vorherigen Aufklärung bedürfen, aber doch im Arzt-Patienten-Verhältnis zahlreiche Aufklärungs- und Belehrungspflichten des Arztes aktivieren." Vgl. weiter Landau, ZRP 2005, S. 50, 52 f. zu den verfassungsrechtlich gebotenen Anforderungen an eine Patientenverfügung.

befindet, sein Zustand irreversibel ist oder nicht, respektiert wird; denn diese Rechtssicherheit hat der Patient heute nicht.

bb) Mutmaßlicher Wille

Ob die Umsetzung der genannten Maßnahmen dazu führen würde, dass mehr Patienten eine Vorausverfügung abfassten, bliebe abzuwarten; bislang haben jedenfalls nur rund 10% der Deutschen eine Patientenverfügung verfasst.[195] Selbst unter den Ärzten ist die Akzeptanz dieser Form der Selbstbestimmung über Leben und Tod nicht besonders groß; lediglich 12,7% der in Rheinland-Pfalz befragten Ärzte hatten für sich selbst eine Patientenverfügung ausgestellt.[196] Dieser eher zurückhaltende Umgang mit den bislang ohne jede Einschränkung zulässigen Patientenverfügungen lässt den Schluss zu, dass sich viele Menschen gerade nicht in der Lage sehen, vorab eine verbindliche Entscheidung zu treffen. Diese Vermutung gilt jedenfalls für Patienten, die auch im Alter noch keine Verfügung getroffen haben, obwohl ihnen bewusst sein muss, dass der Eintritt eines Zustandes, in dem sie nicht mehr entscheidungsfähig sind, immer wahrscheinlicher wird.

Allerdings gibt es auch Patienten, die in so jungen Jahren in einen Zustand irreversibler Bewusstlosigkeit verfallen, dass sie davor keine Gelegenheit hatten, sich mit dieser Situation zu befassen; zu denken ist an Jugendliche oder Kinder, die durch einen schweren Unfall Wachkoma-Patienten werden.[197] Gerade

[195] Dazu Kutzer, ZRP 2004, S. 213, 214 mwN; Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 6.

[196] Weber/Stiehl/Reiter/Rittner, Dt. Ärzteblatt 98, A 3184, 3186.

[197] Bei Kindern müssen die Eltern als gesetzliche Vertreter eine am Kindeswohl orientierte Entscheidung treffen, wobei idR davon auszugehen ist, dass die Durchführung einer medizinisch indizierten Behandlung dem Wohl des Kindes entspricht. Dazu Taupitz, S. 74 f. Vgl. weiter Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 93 ff.

bei dieser Gruppe ist eine Grenzziehung zu schwer geistig behindert geborenen Menschen kaum möglich.[198]

Wie aber soll bei Patienten, die sich nie zu ihren Wünschen am Lebensende geäußert haben oder nicht in der Lage waren, einen bestimmten Willen in dieser Frage zu bilden, für die Entscheidung über den Verzicht auf eine lebenserhaltende Weiterbehandlung auf einen mutmaßlichen Willen abgestellt werden? Der Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen im Arztrecht wurde ursprünglich zugelassen, um in Ausnahmefällen Leben auch dann retten zu können, wenn ein bewusstloses Unfallopfer in die ärztlich gebotene Behandlung nicht einwilligen konnte, während der mutmaßliche Wille im Bereich der Sterbehilfe mit umgekehrter Zielrichtung eingesetzt wird und die Entscheidung über die Herbeiführung des Todes tragen soll.[199]

Meine Bedenken gründen sich aber vor allem darauf, dass die Bestimmung des mutmaßlichen Willens immer durch die Außenperspektive des den Willen ermittelnden Dritten geprägt ist und dabei häufig unter dem Einfluss der Vorstellungen der Mehrheitsgesellschaft getroffen wird, die – entsprechend dem Geist der Zeit – nur ein aktives und selbst bestimmtes Leben für lebenswert erachtet.[200] Besonders deutlich vermittelt dies

---

[198] Und wohl auch nicht immer gewollt, vgl. Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 79 f.

[199] Darauf hat schon vor Jahren Laufs, NJW 1998, S. 3399, 3400 hingewiesen. Vgl. weiter Taupitz, S. 39 f. mwN.; Thias, S. 144.

[200] So auch Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, S. 13. Kritisch auch Sondervotum Rainer Beckmann zum Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 59 („der ‚mutmaßliche Wille' [ist] tatsächlich kein *Wille*, sondern eine reine *Mutmaßung*"); ders., Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 9, 13 f.; Duttge, Preis der Freiheit, S. 73 ff., insb. S. 79. Zudem werden unterschiedliche Ansätze zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens zugrunde gelegt, vgl. etwa Wagenitz, FamRZ 2005, S. 669, 672; Thias, S. 151 ff.

die vom Bundesjustizministerium herausgegebene Broschüre zur Abfassung einer Patientenverfügung. Dem Leser wird empfohlen, seiner Verfügung eine Beschreibung der persönlichen Wertvorstellungen beizufügen und zu deren Ermittlung sechs Fragen zu beantworten, u.a. auch die Frage, ob man Angst habe, „anderen zur Last zu fallen“.[201] Als Formulierungsvorschlag für die in der Patientenverfügung niedergelegten Wertvorstellungen findet sich folgendes Beispiel: „Mir war es immer wichtig, dass ich möglichst lange leben kann, [...]. Deshalb macht es mir auch nichts aus, wenn ich weitestgehend auf fremde Hilfe angewiesen bin. Ich weiß, dass meine Familie das nicht als Belastung empfinden würde.“[202] Wer wollte eine solche Erklärung schon abgeben?

Doch kann es für die Frage einer selbstbestimmten Entscheidung über den Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung darauf ankommen, ob die Angehörigen ein Weiterleben als Belastung bzw. den Tod des Patienten als Entlastung empfänden? Der Arztrechtler Wilhelm Uhlenbruck würde diese Frage wohl mit „Ja“ beantworten, wies er doch in der NJW 2003 darauf hin, dass der Einsatz lebenserhaltender medizinischer Apparate bei einem schwer geschädigten Unfallopfer dazu führen könnte, dass den Angehörigen die Versicherungssumme entgeht, weil nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Tod regelmäßig innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eintreten müsse. Daran anknüpfend forderte Uhlenbruck nicht

---

[201] Bundesministerium der Justiz, Patientenverfügung, S. 11. Auch Binding hat an mehreren Stellen die Last für die Angehörigen und Dritte als Argument für die Freigabe der Tötung herangezogen, vgl. Binding/Hoche, S. 31 f.: „Für ihre Angehörigen wie für die Gesellschaft bilden sie eine furchtbar schwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke [...]. Da sie großer Pflege bedürfen, geben sie Anlaß, daß ein Menschenberuf entsteht, der darin aufgeht, absolut lebensunwertes Leben für Jahre und Jahrzehnte zu fristen.“ Vgl. weiter S. 27 f.

[202] Bundesministerium der Justiz, Patientenverfügung, S. 34.

etwa ein Überdenken der Versicherungsbedingungen, vielmehr zog er den Schluss, dass der Wille eines Koma-Patienten nicht darauf gerichtet sein könne, über Jahre hinweg künstlich ernährt zu werden, um dadurch „seine Familie finanziell zu ruinieren."[203]

Allerdings wird auch der Umstand, dass die Familie kein finanzielles Interesse am Tod des Patienten hat, als Argument für einen Behandlungsabbruch herangezogen. So ging etwa das Landgericht Heilbronn im Jahre 2003 bei einer Wachkoma-Patientin von einem mutmaßlichen Willen für einen Behandlungsabbruch aus, nachdem die nächsten Angehörigen berichteten, dass die Patientin es „nach ihrer gesamten Lebenseinstellung [...] nicht gewollt hätte, dass ihr Leben nach Ausfall der Hirnfunktion und der Beweglichkeit durch künstliche Ernährung verlängert" werde. Nach Ansicht des LG Heilbronn spielte dabei keine Rolle, dass sich die Patientin nie zu der konkreten Situation, in der sie sich später befand, geäußert hatte, vielmehr unterstellte es, dass sich die Angehörigen an Willen und Wohl der Patientin orientiert hätten, weil keine Eigeninteressen, etwa die Absicht, vererbbares Vermögen zu erhalten und nicht durch die Pflege zu verbrauchen, erkennbar seien.[204]

In den meisten Fällen wird die Ermittlung des mutmaßlichen Willens jedoch nicht von finanziellen Interessen, sondern vom Mitleid des Angehörigen getragen sein. Man denke nur an ei-

[203] Uhlenbruck, NJW 2003, S. 1710, 1711.
[204] LG Heilbronn, NJW 2003, S. 3783, 3784. Vgl. in diesem Zusammenhang auch Förster, ZRP 2003, S. 378 f. Hingegen sah sich das AG Frankfurt a. M. (FamRZ 2002, S. 1507) in einem ähnlichen Fall nicht in der Lage, einen mutmaßlichen Willen der Patientin im Hinblick auf die Einstellung der künstlichen Ernährung festzustellen, obwohl diese eine künstliche Lebensverlängerung immer abgelehnt hatte. Vgl. weiter Verrel, NStZ 2003, S. 449.

nen geliebten Menschen, der durch einen Unfall zum Wachkoma-Patienten wird oder aufgrund schwerer Altersdemenz mehr und mehr verfällt. Der Vergleich zwischen den beiden „Leben" macht gerade für Angehörige eine Lebenserhaltung ohne Aussicht auf eine Besserung und ohne Hoffnung, den vertrauten Menschen wieder zurück gewinnen zu können, auch zum eigenen Leid. Der Wunsch, dieses zu beenden, ist durchaus verständlich, aber fehlende Hoffnung, Mitleid und Angst bestimmen die Außenperspektive der Angehörigen, nicht jedoch den Willen des entscheidungsunfähigen Patienten.

Das immer wieder vorgetragene Argument, dass die Angehörigen des Patienten in der Regel in dessen Interesse handeln,[205] ist eine durch nichts gesicherte Vermutung, die sich zudem mit einem Beispiel aus den 1920er Jahren erschüttern lässt: Eine der schärfsten Kritiken des Werkes von Binding und Hoche verfasste 1925 der Psychiater Ewald Meltzer, Direktor der *Sächsischen Landespflegeanstalt für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder* in Großhennersdorf. Da Bindings Freigabeverfahren unter anderem einen Antrag der Angehörigen vorsah, versuchte Meltzer nachzuweisen, dass die Angehörigen aus Liebe zu ihren Kindern oder Mündeln niemals bereit wären, einen solchen Antrag zu stellen. Zum Nachweis seiner These startete Meltzer eine Umfrage und legte 200 Eltern und Vormündern u. a. folgende Frage vor: „Würden Sie auf jeden Fall in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens Ihres Kindes einwilligen, nachdem durch Sachverständige festgestellt ist, daß es unheilbar blöd ist?" Die Antwort fiel anders aus als erwartet: Von den Befragten ant-

[205] Etwa Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327, 336. Ganz überwiegend wird im Schrifttum der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten durch die Angehörigen große Bedeutung zugeschrieben, teilweise sogar unter Berufung auf Art. 6 I GG, vgl. etwa Hufen, NJW 2001, S. 849, 852; Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 46.

worteten 162 Angehörige, davon 73% mit „Ja“ und 27% mit „Nein“.[206]

Zwar war die Einstellung der Bevölkerung damals gegenüber geistig Behinderten eine andere als heute, doch sollten wir nicht vergessen, dass heute die Mehrheit der Bevölkerung bei schwerer, unheilbarer Krankheit für sich selbst aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte und die Wahrscheinlichkeit, dass der den mutmaßlichen Willen des Patienten ermittelnde Dritte zu dieser Gruppe gehört, bei drei zu eins liegt.

Aus Achtung vor dem Leben und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten[207] darf daher bei bestehender medizinischer Indikation Leben nur dann beendet werden, wenn ein eindeutiger, der Weiterbehandlung entgegenstehender Wille in Form einer verbindlichen Patientenverfügung vorliegt.[208]

---

[206] Meltzer, S. 85 ff., insb. S. 86. Die Resultate dieser Befragung wurden – entgegen Meltzers Absicht – 1938 im Zusammenhang mit den Arbeiten an einem Euthanasie-Gesetz verwandt (so Brill, S. 149 f. mwN).

[207] Es darf nicht übersehen werden, dass ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht nicht nur bei einer Weiterbehandlung, sondern auch bei einem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen droht. Wird der Patient gegen seinen Willen weiterbehandelt, dann liegt ein Eingriff in seine körperliche Integrität und in sein Selbstbestimmungsrecht vor. Wird aber umgekehrt die Behandlung gegen den Willen des Patienten nicht aufgenommen oder abgebrochen, dann liegt ebenfalls eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und darüber hinaus eine Verletzung des Rechts auf Leben vor. Wie schwer die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sein kann, belegt der Fall Terry Shiavos, denn hier gingen der Ehemann auf der einen Seite und die Eltern auf der anderen Seite offenbar von ganz unterschiedlichen religiösen Überzeugungen und persönlichen Wertvorstellungen der Wachkoma-Patientin aus.

[208] So im Ergebnis auch Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 37; v. Renesse, BtPrax 2005, S. 47, 49.

cc) Entscheidung eines Dritten als Vertreter des Patienten

Mit diesen Überlegungen ist im Grunde auch die Frage beantwortet, ob ein Dritter als Vertreter des Patienten entweder aufgrund einer Vollmacht (§ 1896 II 2 BGB)[209] oder als gesetzlich bestellter Betreuer an Stelle des Patienten eine eigene Entscheidung[210] treffen kann. Ich möchte diesen Gesichtspunkt dennoch kurz ausführen. Für einen entscheidungsunfähigen Patienten sind eine Vielzahl von Entscheidungen zu treffen, die dem Vertreter im Umfang der ihm erteilten Vollmacht bzw. dem Betreuer im Rahmen des gerichtlich angeordneten Aufgabenkreises als eigene Entscheidungen zugewiesen sind, die jedoch dem Wohl und nach Möglichkeit auch den Wünschen des Patienten entsprechen müssen (§ 1901 II, III BGB).[211] Auch die Einwilligung in eine ärztliche Behandlung unterliegt diesen Grundsätzen, findet jedoch ihre Grenze bei schweren Eingriffen in die körperliche Integrität; insbesondere kann der Betreuer bzw. Bevollmächtigte nicht wirksam für den Patienten

---

[209] Zu Inhalt und Umfang dieser als „(Alters-)Vorsorgevollmacht" oder „Gesundheitsfürsorgevollmacht" bezeichneten Vollmachten vgl. Taupitz, S. 96 ff. Zur Stellvertretung im Bereich der Sterbehilfe vgl. auch Thias, S. 116 ff. mit Präferenz für die Vorsorgevollmacht.

[210] Es geht also nicht um Fälle, in denen dem durch Vollmacht oder gesetzlich bestellten Vertreter die Aufgabe zukommt, eine schriftliche Patientenverfügung gegenüber dem behandelnden Arzt gegebenenfalls auch gerichtlich durchzusetzen.

[211] BVerfG, NJW 2002, S. 206: „Der Betreute wird in seiner Entscheidungsfreiheit aus Art. 2 I GG ganz oder teilweise in den vom Gericht bestimmten Angelegenheiten eingeschränkt. An seiner Stelle und für ihn entscheidet in den vom Gericht angeordneten Aufgabenkreis der Betreuer, der den Wünschen des Betreuten nur insoweit zu entsprechen hat, als dies dessen Wohl nicht entgegensteht (§ 1901 II, III BGB). Auch in höchstpersönlichen Angelegenheiten kann es deshalb zu Entscheidungen gegen den ausdrücklichen Willen des Betreuten kommen." Vgl. weiter Taupitz, S. 69 ff.; Thias, S. 228 ff.

in eine das Leben gefährdende Behandlung einwilligen, § 1904 BGB.

Nach der Rechtsprechung des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs ist § 1904 BGB jedoch nicht analog anwendbar auf das Unterlassen oder den Abbruch einer lebenserhaltenden ärztlichen Maßnahme.[212] Die Entscheidung über das Unterlassen einer lebenserhaltenden medizinisch indizierten Maßnahme wird vom BGH somit nicht anders als die Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten über die Nichtverabreichung eines vom Arzt verordneten Hustensaftes beurteilt.

Da aus den bereits dargelegten Gründen das Behandlungsziel nicht vollständig ausgeblendet werden darf, muss der Schutzgedanke der §§ 1904 ff. BGB, unumkehrbare, das Leben gefährdende oder in schwerem Maße in die körperliche Integrität eingreifende Entscheidungen nicht allein dem Betreuer oder Bevollmächtigten zu überlassen, übertragen werden.[213] Da die Entscheidung, die medizinisch indizierte lebenserhaltende Maßnahme zu unterlassen oder abzubrechen, nicht nur eine Gefahr für das Leben des Patienten bedeutet, sondern in aller Regel sicher zum Tod führt, darf sie meines Erachtens – als höchstpersönliche Entscheidung – auch nicht durch einen Richter, sondern nur vom Patienten selbst getroffen werden.[214] Behandlungsmaßnahmen, die dem Ziel dienen, den Tod des

[212] Während der 1. Strafsenat (BGHSt 40, S. 257, 261 f.) in diesen Fällen § 1904 BGB analog anwenden wollte, lehnte der 12. Zivilsenat (BGH, NJW 2003, S. 1588, 1591 f.) dies ab. Kritisch dazu Wessels/Hettinger, § 1, RdNr. 39 f.; Verrel, NStZ 2003, S. 449, 450; Hufen, ZRP 2003, S. 248, 249. Vgl. weiter Vollmert, S. 35-95.
[213] Vgl. Taupitz, S. 86 ff.; Thias, S. 246 ff.; aber auch Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 1 f.
[214] So auch Duttge, Preis der Freiheit, S. 67 ff., insb. S. 72. A. A. Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 11 (These 6), S. 13 (These 9); Thias, S. 233 ff.

Patienten herbeizuführen, müssten daher vom Aufgabenkreis des Betreuers bzw. vom Handlungsumfang des Bevollmächtigten ausgenommen werden.[215] Darüber hinaus sollte durch gesetzliche Regelung klargestellt werden, dass für eine lebenserhaltende und medizinisch indizierte Behandlung die Einwilligung des entscheidungsunfähigen Patienten vermutet wird, solange keine eindeutige, dieser Vermutung entgegenstehende, verbindliche Patientenverfügung vorliegt.[216]

3. Dignitas

Die Menschenwürde muss inzwischen immer häufiger als Argument dafür herhalten, dass der Patient davor zu bewahren sei, „zum leidenden Objekt der Apparatemedizin zu werden“.[217] Der Patient dürfe nicht „zum willenlosen, passiven Objekt der Intensivmedizin gemacht [werden], ohne dass der Fortsetzung der Behandlung noch irgendein durch Lebensschutz und Menschenwürde gerechtfertigter Sinn abzugewinnen“ sei.[218]

Ich möchte diesen Gedanken aufgreifen und die Frage stellen, wann Lebenserhaltung menschenunwürdig sein könnte.[219] Das

[215] Entgegen Lipp/Nagel, FF 2005, S. 83, 86 würde dies nicht zu Wertungswidersprüchen im Betreuungsrecht führen, sondern diese – im Hinblick auf die Wertung der §§ 1904 ff. BGB – gerade vermeiden.

[216] Diese Lösung schließt aus, dass eine inhaltlich nicht eindeutige oder nicht den genannten formalen Anforderungen (Aktualität, ärztliche Aufklärung, Schriftform) entsprechende Patientenverfügung als Indiz zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens herangezogen wird. So aber Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 17; Entwurf eines Patientenverfügungs-Gesetzes (Österreich), §§ 8, 9.

[217] Hufen, NJW 2001, S. 849.

[218] Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 29. Kritisch Riha, S. 155, 167; Thias, S. 164 ff., insb. S. 169.

[219] Zum Inhalt der Menschenwürdegarantie vgl. Hohenstein, S. 125 ff.

Ziel, Leben zu erhalten, kann nicht menschenunwürdig sein,[220] möglicherweise aber die Bedingungen, zu denen Leben erhalten wird.[221] Doch welche Konsequenzen sind zu ziehen, wenn die Bedingungen, unter denen Leben erhalten wird, im Einzelfall menschenunwürdig sind? Es wäre erforderlich, menschenwürdige Bedingungen herzustellen, wobei sich die Frage stellt, ob die Beendigung menschenunwürdiger Bedingungen nur durch ein Sterbenlassen erreicht werden kann.[222]

Ich meine nein, denn in vielen Fällen könnten diese Bedingungen von vornherein vermieden werden. So werden bei pflegebedürftigen alten Menschen häufig viel zu früh PEG-Sonden zur Erleichterung der Pflege gelegt, um auf diese Weise Nahrung, vor allem aber auch Flüssigkeit und Medikamente kontrolliert zuführen zu können.[223] Darüber hinaus ist die Pflege

---

[220] Daher führt es auch nicht weiter, dem Grundsatz „in dubio pro vita“ den Grundsatz „in dubio pro dignitate“ entgegenzuhalten (so aber Bioethik-Kommission des Landes Rheinland Pfalz, S. 31; Hufen, NJW 2001, S. 849 ff.).

[221] So auch Eibach, Zeitschrift für Evangelische Ethik 2002, S. 109, 122.

[222] Vgl. auch Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, S. 327, 332.

[223] Dazu etwa BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, S. 85: „Die gesamte Pflege ist in sogenannte ‚Module’ aufgespalten, denen jeweils ein fester Zeitwert zugeordnet ist. [...] Unter dem euphemistischen Begriff ‚pflegeerleichternde Maßnahmen’ wird eine Magensonde gelegt, weil die nötige personelle Hilfe bei der Nahrungsaufnahme länger dauert als das entsprechende Modul es vorsieht [...]. Ein Modul ‚menschliche Zuwendung’ fehlt völlig.“ Ähnlich Uhlenbruck, NJW 2003, S. 1710, 1711: „In den letzten Jahren ist es in Kliniken und Pflegeheimen in zunehmendem Maße üblich geworden, dem Patienten, vor allem älteren Menschen, eine so genannte PEG-Sonde oder eine Magenfistel anzulegen, wenn er die Nahrungsaufnahme verweigert oder die Fähigkeit zu schlucken und damit zur oralen Nahrungsaufnahme verliert. Es handelt sich in Deutschland um etwa einhundertvierzigtausend Fälle jährlich. Teilweise wird die PEG-Sonde nur gelegt, um die Arbeit der Pflegekräfte zu erleichtern und die Organisation des Pflegeheims zu entlasten.“ Vgl. weiter

alter dementer Menschen regelmäßig von der intensivmedizinischen Betreuung abgekoppelt, mit der Folge, dass pflegebedürftigen alten Menschen in den letzten Monaten ihres Lebens häufig ein mehrfacher Wechsel zwischen Pflegeheim und Intensivstation zugemutet wird.[224] Schließlich wird auch in diesem Bereich über die Einbindung der Angehörigen in die Pflege alter Menschen zu wenig nachgedacht. So ließe sich beispielsweise über das österreichische Modell eines Sterbeurlaubs von wenigen Monaten (sog. Familienhospizkarenz, s. o. S. 51) auch an einen Pflegeurlaub für nahe Angehörige entsprechend dem Erziehungsurlaub von ein bis drei Jahren denken.

Dass diese und weitere Maßnahmen geeignet wären, in vielen Fällen eine von schwerer Krankheit gezeichnete Phase des Lebens eines Menschen zu verbessern und im Einzelfall auch menschenwürdiger zu gestalten, steht außer Frage.[225] Ob sie finanzierbar sind, ist eine andere Frage,[226] doch sollten wir uns

---

Vollmert, S. 33. Zahlen finden sich bei Strätling/Schmucker/Bartmann, Dt. Ärzteblatt 102, A 2153, 2154. Hingegen kann eine von außen angelegte Sonde nicht per se als menschenunwürdig eingestuft werden; dazu auch Leipziger Kommentar (Jähnke), 11. Aufl. 2002, Vor § 211, RdNr. 20c. Vgl. zur Problematik weiter Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 119.

[224] Noch nicht ausreichend sind die Empfehlungen im Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 35.

[225] Sofern sich trotz eines optimalen Einsatzes von Schmerzlinderung, Pflege und Zuwendung der körperlich oder seelisch quälende Zustand eines Patienten im Einzelfall nicht verbessern lässt, so ist dieser Zustand nicht Ergebnis einer menschenunwürdigen Behandlung. Ist die Behandlung des Kranken und Sterbenden menschenwürdig, dann ist auch schweres Leid nicht menschenunwürdig. Ähnlich auch Hohenstein, S. 130.

[226] Allerdings erscheint die Finanzierbarkeit nicht völlig unrealistisch, denn jeder Schwerkranke oder Sterbende, dem der Wunsch erfüllt werden kann, zu Hause von seinen Angehörigen betreut und zusätzlich ambulant versorgt zu werden, spart Krankenhaus- oder Pflegeheimkosten in Höhe von mehreren hundert Euro täglich ein.

davor hüten, menschenunwürdige Lebensbedingungen aus Kostengründen durch ein angeblich menschenwürdiges Sterben beenden zu wollen.[227]

(3) Zusammenfassung

Indirekte Sterbehilfe

Ärztliche Behandlung ist nicht nur auf Heilerfolge ausgerichtet, genauso wichtig ist die Schmerzlinderung, die nur durch eine erhebliche Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung von schwerkranken Patienten und Sterbenden in Deutschland erreicht werden kann. Demgegenüber ist die (straf)rechtswissenschaftliche Diskussion mit ihren unterschiedlichen Theorien, wie und auf welcher Ebene eine medizinisch gebotene, schmerzstillende und mit Einwilligung des Patienten vorge-

[227] Im Schrifttum wird in diesem Zusammenhang meist nur behauptet, dass die Menschenwürde dem Lebensschutz entgegenstehen könne, so etwa Hufen, NJW 2001, S. 849, 855: „Mit dem Rechtsgut Leben lässt sich also kein Übergehen des Grundrechts der Selbstbestimmung oder gar der Menschenwürde rechtfertigen. [...] Grundsätze wie im Zweifel für das Leben dürfen weder die Selbstbestimmung noch die Würde des Patienten übergehen. Letztere sind nicht lediglich allgemein zu beachtende Werte, sie haben in der Regel Vorrang." Vgl. aber auch Landau, ZRP 2005, S. 50, 51: „Bei der verfassungsrechtlichen Sterbehilfediskussion gerät außerdem leicht in Vergessenheit, dass nicht das Am-Leben-Bleiben, sondern das Sterben das größte Risiko des menschlichen Daseins ist. Keineswegs ist es so, dass jede intensivmedizinische Lebenserhaltung und erst recht das Nicht-Verhungern- und Nicht-Verdursten-Lassen bereits das Recht auf einen menschenwürdigen Tod beeinträchtigte. In die Menschenwürde wird erst eingegriffen, wenn der Mensch tatsächlich zum seelenlosen Objekt medizinischer Apparate erniedrigt wird." Landau (S. 53) weist weiter darauf hin, dass der behauptete Vorrang der Menschenwürde nicht einleuchte, „denn ihr Innehaben setzt das eigene Leben voraus und nicht umgekehrt".

nommene Therapie, bei der eine Lebensverkürzung als unvermeidbare, jedoch nicht beabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen wird, die Straffreiheit des Arztes bewirken kann, unnötig und sollte endlich durch eine klarstellende Regelung des Gesetzgebers beendet werden. Mit dem Erfordernis einer medizinischen Indikation für die Schmerztherapie besteht auch keine Gefahr einer Verwischung der Grenze zur aktiven direkten Sterbehilfe.[228]

Aktive Sterbehilfe

Auch wenn zu erwarten steht, dass selbst bei optimaler palliativmedizinischer Versorgung einzelne schwerkranke Patienten den Wunsch hegen werden, durch aktives Handeln eines Arztes zu sterben, bietet allein dieser Wunsch keine tragfähige Grundlage für ein gesetzlich ausgestaltetes Verfahren zur Tötung Dritter.

Passive Sterbehilfe

Die rein formaljuristische Perspektive, wonach nur die medizinische Behandlung, nicht aber das Unterlassen einer solchen der Einwilligung des Patienten bedarf, blendet für den Bereich medizinisch indizierter lebenserhaltender Maßnahmen aus, dass unter ethischen Gesichtspunkten die Entscheidung über das „Ob" der Herbeiführung des Todes im Vordergrund steht, während die Frage, wie dies geschieht – durch Verabreichung einer tödlichen Injektion oder durch eine Unterversorgung der körperlichen Bedürfnisse – zweitrangig ist. Die derzeitige Tendenz in der Rechtswissenschaft, möglichst niedrige Anforderungen an die Patientenverfügung zu stellen, weite Interpretati-

[228] Die Rechtfertigungswirkung indirekter (und passiver) Sterbehilfe würde damit wieder auf ihre ursprünglichen Grundlagen zurückgeführt, die sich nicht nur auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sondern auch auf den Inhalt des ärztlichen Auftrags gründet.

onsmöglichkeiten bei Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu befürworten sowie die Möglichkeit der Übertragung der Entscheidung über Leben und Tod auf Dritte zuzulassen, sind Folge dieser formaljuristischen Perspektive.

Bei einem völlig der Versorgung Dritter ausgelieferten Patienten wird man jedoch angesichts der Nähe zur strafbaren aktiven Sterbehilfe zu dem Ergebnis kommen müssen, dass die Entscheidung zwischen einem Weiterleben unter Inanspruchnahme der medizinisch gebotenen Behandlung einerseits und dem Sterben unter palliativ-medizinischer Betreuung andererseits nur dem Patienten höchstpersönlich zustehen und weder auf Dritte übertragen noch von Dritten auf der Grundlage eines hypothetischen Willens ermittelt werden darf. Jedem Menschen stände es frei, nach ärztlicher Aufklärung eine verbindliche Patientenverfügung zu treffen, wobei dies keine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts bedeutet, sondern sich diese Lösung gerade auf die Hochachtung vor diesem Recht gründet. Eine palliativ-medizinische Behandlung mit dem Ziel eines Sterbenlassens dürfte somit nur dann an die Stelle einer lebenserhaltenden Behandlung treten, wenn die lebenserhaltende Maßnahme entweder nicht medizinisch indiziert ist oder dem eindeutigen Willen des Patienten widerspricht.

V. Ausblick

Entgegen der derzeit geführten Sterbehilfediskussion dürfen wir unsere Bemühungen um gesetzliche Regelungen nicht auf die „Selbstbestimmung am Lebensende" beschränken,[229] sondern müssen endlich die soziale Dimension des Sterbens begreifen, um den Bedürfnissen von Schwerkranken und Sterbenden gerecht zu werden. Dazu ist ein gesetzgeberisches Gesamtpaket[230] erforderlich, das sich keineswegs auf die hier angesprochenen Bereiche der indirekten und passiven Sterbehilfe einengen lässt, sondern den Ausbau der Palliativmedizin in Lehre und Forschung, einen flächendeckenden Zugang zu stationären und ambulanten Palliativeinrichtungen, eine Verbesserung der Pflege in Alten- und Pflegeheimen sowie Angebote zur stärkeren Einbindung von Angehörigen in die Pflege vorsehen muss.[231]

---

[229] So aber Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, S. 7 ff.; Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 9 ff., 27 ff.; Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, S. 8 ff.; Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende", S. 4 ff. Vgl. weiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/3700, S. 5. Kritisch zur Überbetonung der Selbstbestimmung Beckmann, Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 9, 11 ff.; Duttge, GA 2001, S. 158, 160 ff.

[230] So ansatzweise das französische Gesetz über die Rechte der Kranken und die Rechte am Lebensende v. 22.4.2005 (mit einem eigenen Regelungskomplex zur Palliativmedizin); dazu Seifert, FamRZ 2006, S. 11 ff.

[231] Zwar wird die Verbesserung der palliativ-medizinischen Versorgung auch in Deutschland schon länger gefordert (etwa Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 24, 124 ff.; Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende", S. 14), jedoch fehlten bislang konkrete Vorschläge, vgl. aber jetzt Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Dr. 15/5858, S. 5, 68.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur

Abegg, Julius Friedrich Heinrich, Lehrbuch der Strafrechts-Wissenschaft, Neustadt a. d. Orla 1836

Abegg, Julius Friedrich Heinrich, Ueber die an einem Einwilligenden verübte Tödtung, Archiv des Criminalrechts NF, 1840, S. 434-444

Abegg, Julius Friedrich Heinrich, Untersuchungen aus dem Gebiete der Strafrechtswissenschaft, Breslau 1830

Ankermann, Ernst, Sterben zulassen, Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens, München 2004

Anmerkungen zum Strafgesetzbuche für das Königreich Baiern, Bd. 2, München 1813

Aries, Philippe, Geschichte des Todes, München 1980

Bamberger, Heinz Georg/Roth, Herbert, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Bd. 2, München 2003

Baumgarten, Mark-Oliver, The Right to Die?, Rechtliche Probleme um Sterben und Tod, Suizid – Sterbehilfe – Patientenverfügung – „Health Care Proxy" – Hospiz im internationalen Vergleich, 2. Aufl., Bern 2000

de Beauvoir, Simone, Ein sanfter Tod, Hamburg 1968

Beckmann, Rainer, Patiententötung, Behandlungsabbruch, Schmerzbehandlung, DRiZ 2005, S. 252-254

Beckmann, Rainer, Selbstbestimmung durch Mutmaßungen über den Sterbewillen?, Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 9-19

Benzenhöfer, Udo, Bemerkungen zur Binding-Hoche-Rezeption in der NS-Zeit, in: Ortrun Riha (Hrsg.), ‚Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens', Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V., Bd. 7, Aachen 2005, S. 114-133

Benzenhöfer, Udo, Der gute Tod?, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München 1999

Bernstein, Ossip, Die Bestrafung des Selbstmords und ihr Ende, Breslau 1907

Bertram, Günter, Beweislastfragen am Lebensende, NJW 2004, S. 988-989

Beseler, Georg, Kommentar über das Strafgesetzbuch für die Preußischen Staaten und das Einführungsgesetz vom 14. April 1851, Leipzig 1851

BIOSKOP-AutorInnenkollektiv, „Sterbehilfe": Die neue Zivilkultur des Tötens?, Frankfurt a.M. 2002

Binding, Karl, Die Normen und ihre Übertretung, Bd. 1, 2. Aufl., Leipzig 1890

Binding, Karl/Hoche, Alfred, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920

Brill, Werner, Pädagogik im Spannungsfeld von Eugenik und Euthanasie, Die „Euthanasie"-Diskussion in der Weimarer Republik und zu Beginn der neunziger Jahre, Ein Beitrag zur Faschismusforschung und zur Historiographie der Behindertenpädagogik, St. Ingbert 1994

Bühler, Ernst/Stolz, Konrad, Wann hat ein ‚Grundleiden' einen ‚irreversiblen tödlichen Verlauf' angenommen?, FamRZ 2003, S. 1622-1623

Bühler, Ernst/Kren, R./Stolz, Konrad, Sterbehilfe – Sterbebegleitung – Patientenverfügung: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage unter Ärzten, BtPrax 2002, S. 232-237

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), Patientenverfügung, 3. Aufl., 2005

Buschendorf, Ernest, Die strafrechtliche Problematik der Euthanasie und der Freigabe ‚lebensunwerten Lebens', in: Fritz Valentin (Hrsg.), Die Euthanasie, Ihre theologischen, medizinischen und juristischen Aspekte, Göttingen 1969, S. 43-87

Deutsch, Erwin, Verfassungszivilrecht bei der Sterbehilfe, NJW 2003, S. 1567-1568

Deutscher Juristentag: Der Tagungsverlauf, NJW 1986, S. 3063-3068

Dreier, Horst (Hrsg.), Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 2. Aufl., Tübingen 2004

Dreher, Eduard/Tröndle, Herbert, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 38. Aufl., München 1978

Duttge, Gunnar, Preis der Freiheit, Reichweite und Grenzen individueller Selbstbestimmung zwischen Leben und Tod, 2. Aufl., Frankfurt a.M. 2006

Duttge, Gunnar, Schrifttum: Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten, Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. April 2004, Mainz 2004, GA 2005, S. 606-610

Duttge, Gunnar, Schrifttum: Michael Seibert, Rechtliche Würdigung der aktiven indirekten Sterbehilfe (Konstanzer Schriften zur Rechtswissenschaft, Bd. 203), Konstanz 2003, GA 2005, S. 612-615

Duttge, Gunnar, Sterbehilfe aus rechtsphilosophischer Sicht, GA 2001, S. 158-178

Duttge, Gunnar, Zur rechtlichen Problematik von Patientenverfügungen, Intensiv- und Notfallbehandlung 30 (2005), S. 171-179

Ehrhardt, Helmut, Euthanasie, in: Hans Göppinger (Hrsg.), Arzt und Recht, Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit, München 1966, S. 96-124

Ehrhardt, Helmut, Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten" Lebens, Stuttgart 1965

Eibach, Ulrich, Fiktion Patientenautonomie?, Empirisch-kritische Betrachtungen eines philosophisch-juristischen Postulats, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 2002, S. 109-123

Elias, Norbert, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a. M. 1982

v. Engelhardt, Dietrich, Die Beurteilung des Suizids im Wandel der Geschichte, in: Gabriele Wolfslast/Kurt W. Schmidt (Hrsg.), Suizid und Suizidversuch, Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag, München 2005, S. 11-26

Eser, Albin, Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht, in: Volker Eid (Hrsg.), Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten?, 2. Aufl., Mainz 1985, S. 45-70

Faßbender, Kurt, Lebensschutz am Lebensende und Europäische Menschenrechtskonvention, JURA 2004, S. 115-120

Fischer, Elena, Recht auf Sterben?!, Ein Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Übertragbarkeit des Holländischen Modells der Sterbehilfe in das deutsche Recht, Frankfurter kriminalwissenschaftliche Studien, Bd. 84, Frankfurt a.M. 2004

Förster, Harald, Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe, ZRP 2003, S. 378-379

Frank, Hans (Hrsg.), Nationalsozialistische Leitsätze für ein neues deutsches Strafrecht, Besonderer Teil, Berlin 1936

Geilen, Gerd, Das Leben des Menschen in den Grenzen des Rechts, FamRZ 1968, S. 121-130

Geißendörfer, Sylke E./Tietze, Andrea/Simon, Alfred, Sicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, BtPrax 2004, S. 43-46

Gmeiner, Robert/Kopetzki, Christian, Österreich auf dem Weg zu einem Patientenverfügungs-Gesetz?, Zeitschrift für Biopolitik 2005, S. 67-75

Gössel, Karl Heinz/Dölling, Dieter, Strafrecht Besonderer Teil 1, 2. Aufl., Heidelberg 2004

Gross, Johann Carl, Criminalgesetzbuch für das Königreich Sachsen, Dresden 1838

Hahne, Meo-Michaela, Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung, FamRZ 2003, S. 1619-1622

Halliday, Samantha/Witteck, Lars, Nichtaufnahme und Abbruch einer medizinischen Behandlung am Lebensende in Deutschland und England, JZ 2002, S. 752-763

Hanack, E.-W., Euthanasie in strafrechtlicher Sicht, in: Hans-Dieter Hiersche (Hrsg.), Euthanasie, Probleme der Sterbehilfe, Eine interdisziplinäre Stellungnahme, München 1975, S. 121-168

Heffter, August Wilhelm, Lehrbuch des gemeinen deutschen Strafrechtes mit Rücksicht auf ältere und neuere Landrechte, 5. Aufl., Braunschweig 1854

Höfling, Wolfram, Regelung der Patientenverfügung aus Sicht der Rechtspraxis – Ergebnisse einer repräsentativen Richterbefragung, ZRP 2005, S. 92-96

Höfling, Wolfram/Schäfer, Anne, Die Einstellung der Vormundschaftsrichter zur Sterbehilfe, DRiZ 2005, S. 248-251

Hohenstein, Anne, Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Lässt sich das Recht auf den eigenen Tod verfassungsrechtlich begründen?, Berlin 2003, zugleich Diss. iur., Kiel 2003

v. Holtzendorff, Franz, Handbuch des deutschen Strafrechts, Bd. 3, Berlin 1874

Holzhauer, Heinz, Patientenautonomie, Patientenverfügung und Sterbehilfe, FamRZ 2006, S. 518-528

Holzhauer, Heinz, Von Verfassungs wegen: Straffreiheit für passive Sterbehilfe, ZRP 2004, S. 41-44

Hoppe, Jörg-Dietrich, Stellungnahme v. 21.3.2005 zum Fall Terry Schiavo (www.bundesaerztekammer.de/30/Ethik/50Sterben/30Wachkoma.html)

Horn, Otto, Zur Lehre von der Tötung auf Verlangen, Diss. iur., Heidelberg 1910

Hufeland, Christoph Wilhelm, Die Verhältnisse des Arztes, in: Neues Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunft 16/3 (1806), S. 5-36

Hufen, Friedhelm, In dubio pro dignitate – Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, NJW 2001, S. 849-857

Hufen, Friedhelm, Verfassungsrechtliche Grenzen des Richterrechts – Zum neuen Sterbehilfe-Beschluss des BGH, ZRP 2003, S. 248-252

Humphry, Derek/Wickett, Ann, Das Recht auf den eigenen Tod und eine menschenwürdige Sterbehilfe, München 1986

Janssen, André, Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden – Ein Novum, ZRP 2001, S. 179-183

Jochemsen, H., Sterbehilfe in den Niederlanden: Medizinische und politische Entwicklungen, DRiZ 2005, S. 255-256

Jost, Adolf, Das Recht auf den Tod, Sociale Studie, Göttingen 1895

Kern, Bernd-Rüdiger, Karl Binding und Alfred Hoche: ‚Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens' – Juristische Perspektiven, in: Ortrun Riha (Hrsg.), ‚Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens', Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V., Bd. 7, Aachen 2005, S. 145-154

Khorrami, Katharina, Die „Euthanasie-Gesetze" im Vergleich, Eine Darstellung der aktuellen Rechtslage in den Niederlanden und in Belgien, MedR 2003, S. 19-25.

Knopp, Lothar, Aktive Sterbehilfe – Europäische Entwicklungen und „Selbstbestimmungsrecht" des Patienten aus verfassungsrechtlicher Sicht, MedR 2003, S. 379-387

Klee, Ernst, „Euthanasie" im NS-Staat, Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens", 11. Aufl., Frankfurt 2004

Klinkhammer, Gisela, Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung: Eine steigende Dunkelziffer, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), S. 408-409

Krey, Volker, Strafrecht, Besonderer Teil, Bd. 1, 13. Aufl., Stuttgart 2005

Kühl, Kristian, Strafgesetzbuch Kommentar, 25. Aufl., München 2004

Kusch, Roger, Tabu Sterbehilfe, NJW 2006, S. 261-264

Kutzer, Klaus, Der Wille des Patienten ist am Lebensende entscheidend – Bei der Sterbehilfe sollen die Ärzte von der Angst vor einer Strafverfolgung befreit werden, ZRP 2004, S. 213-214

Kutzer, Klaus, Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe – Ein spezifisches Problem der Deutschen?, ZRP 2003, S. 209-212

Kutzer, Klaus, Probleme der Sterbehilfe – Entwicklung und Stand der Diskussion, FPR 2004, S. 683-689

Landau, Herbert, „Heiligkeit des Lebens und Selbstbestimmung im Sterben", ZRP 2005, S. 50-54

Laufs, Adolf, Zivilrichter über Leben und Tod?, NJW 1998, S. 3399-3401

Laufs, Adolf/Uhlenbruck, Wilhelm (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., München 2002

Leipziger Kommentar (Bearb.), Strafgesetzbuch, Bd. 2, 9. Aufl., Berlin 1974

Leipziger Kommentar (Bearb.), Strafgesetzbuch, Bd. 2, 11. Aufl., Berlin 2002

Lilie, Hans, Hilfe zum Sterben, in: Erwin Deutsch/Ernst Klingmüller/Hans Josef Kullmann (Hrsg.), Festschrift für Erich Steffen zum 65. Geburtstag, Berlin 1995, S. 273-288

Lindemann, Michael, Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid in den Niederlanden, ZStW 117 (2005), S. 18-45

Lipp, Volker, Patientenautonomie und Lebensschutz, Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe", Göttingen 2005

Lipp, Volker, Stellvertretende Entscheidungen bei „passiver Sterbehilfe", in: Arnd T. May, Sylke E. Geißendörfer, Alfred Simon, Meinoflus Stätling (Hrsg.), Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?, Münster 2002, S. 37-57

Lipp, Volker, „Sterbehilfe" und Patientenverfügung, FamRZ 2004, S. 317-324

Lipp, Volker/Nagel, Michael Benedikt, Die Patientenverfügung – Bemerkungen zur aktuellen rechtspolitischen Debatte, FF 2005, S. 83-88

v. Mangoldt, Hermann/Klein, Friedrich/Starck, Christian, Kommentar zum Grundgesetz, Bd. 1, 5. Aufl., 2005

Marschalck, Peter, Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert, 1. Aufl., Frankfurt a.M. 1984

Meltzer, Ewald, Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten" Lebens, Halle 1925

Mertin, Herbert, Schaffung eines Rechtsrahmens im Spannungsverhältnis Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmungsrecht, ZRP 2004, S. 170-172

Mittermaier, Die Beihülfe zum Selbstmord und die Tödtung eines Einwilligenden nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Gesetzgebung, Rechtsprechung und Wissenschaft geprüft, Archiv für Preußisches Strafrecht 9 (1861), S. 433-441

v. Münch, Ingo/Kunig, Philip (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, Bd. 1, 5. Aufl., 2000

Nagel, Matthias, Passive Euthanasie, Probleme beim Behandlungsabbruch bei Patienten mit apallischem Syndrom, Recht und Medizin, Bd. 53, Frankfurt a.M. 2002

Oduncu, Fuat S., Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht, Teil 1: Medizinische und Rechtliche Aspekte, MedR 2005, S. 437-445; Teil 2: Palliativmedizinische und medizinethische Aspekte, MedR 2005, S. 516-524

Oduncu, Fuat S./Eisenmenger, Wolfgang, Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung, Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich, MedR 2002, S. 327-337

Ohler, Christoph/Weiß, Wolfgang, Glaubensfreiheit versus Schutz von Ehe und Familie, NJW 2002, S. 194-195

van Oorschot, B./Wedding, U., Einstellungen zu Sterben, Tod und Palliativmedizin, Der Onkologe 2005, S. 367-375

Otto, Harro, Sterbehilfe und Patientenautonomie, ZfL 2002, S. 42-49

Reiter, Johannes, Die aktuelle Euthanasiediskussion – Eine Bestandsaufnahme, in: Volker Eid (Hrsg.), Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten?, 2. Aufl., Mainz 1985, S. 185-197

v. Renesse, Margot, Die Patientenverfügung – Autonomie bis zuletzt?, Zeitschrift für Evangelische Ethik 49 (2005), S. 144-146

v. Renesse, Margot, Die Patientenverfügung in der Diskussion, BtPrax 2005, S. 47-50

Reuter, Birgit, Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Königreichs der Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?, Frankfurt a.M. 2001

Richter-Kuhlmann, Eva A., Prozess um Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 102, A 2197

Riha, Ortrun, Sterbehilfe als Hilfe beim Sterben, Medizinethische Aspekte der ärztlichen Sterbebegleitung, in: dies., ‚Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens', Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V., Bd. 7, Aachen 2005, S. 155-167

Roxin, Claus, Strafrecht Allgemeiner Teil, Bd. 1, 4. Aufl., München 2006

Roxin, Claus, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, in: ders./Ulrich Schroth (Hrsg.), Medizinstrafrecht, Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht, 2. Aufl., Stuttgart 2001

Rupp, Elisabeth, Das Recht auf den Tod, Eine strafrechtliche Studie, Stuttgart 1913

Schmidt-Bleibtreu, Bruno/Klein, Franz, Kommentar zum Grundgesetz, 9. Aufl., Neuwied 1999

Schnack, Dirk, Deutschland ist bei der Palliativmedizin erst auf halbem Wege, Ärzte-Zeitung v. 3.11.2005, S. 3

Schnieders, Robert, Die Geschichte der Vermögensstrafe in Deutschland, Schriften zur Rechtsgeschichte 89, Berlin 2002

Schöch, Heinz, Die erste Entscheidung des BGH zur sog. indirekten Sterbehilfe – Zum Urteil des BGH vom 15.11.1996 – 3 StR 79/96, NStZ 1997, S. 409-412

Schöch, Heinz/Verrel, Torsten, Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB), GA 2005, S. 553-586

Schönke, Adolf/Schröder, Horst, Strafgesetzbuch Kommentar, 19. Aufl., München 1978

Schönke, Adolf/Schröder, Horst, Strafgesetzbuch Kommentar, 26. Aufl., München 2001

Schröder, Birgit, Das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben, Überlegungen zu Voraussetzungen und Grenzen der Sterbehilfe, Berlin 2003

Schroeder, Friedrich-Christian/Maiwald, Manfred, Strafrecht Besonderer Teil, Teilbd. 1, 9. Aufl., Heidelberg 2003

Schuckert, Lothar (Hrsg.), Montesquieu, Größe und Niedergang Roms, Considérations sur les causes de la grandeur des Romains et de leur décadence (1734), Mit den Randbemerkungen Friedrichs des Großen, Frankfurt a.M. 1980

Schumann, Eva, Karl Bindings Schrift ‚Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens', Vorläufer, Reaktionen und Fortwirkung in rechtshistorischer Perspektive, in: Ortrun Riha (Hrsg.), ‚Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens', Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V., Bd. 7, Aachen 2005, S. 35-67

Schumann, Eva/Schmidt-Recla, Adrian, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, MedR 1998, S. 497-504

Seibert, Michael, Rechtliche Würdigung der aktiven indirekten Sterbehilfe, Konstanzer Schriften zur Rechtswissenschaft, Bd. 203, Konstanz 2003

Seifert, Achim, Zur Stärkung der Patientenautonomie in Frankreich, FamRZ 2006, S. 11-16

Simon, Alfred/Lipp, Volker/Tietze, Andrea/Nickel, Nicole/van Oorschot, Birgit, Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, MedR 2004, S. 303-307

Simson, Gerhard, Euthanasie als Rechtsproblem, NJW 1964, S. 1153-1157

Stackmann, Nikolaus, Keine richterliche Anordnung von Sterbehilfe, NJW 2003, S. 1568-1569

Strätling, Meinolfus/Schmucker, Peter/Bartmann, Franz-Joseph, Künstliche Ernährung, Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht, Deutsches Ärzteblatt 2005, Jg. 102, Heft 31-32, A 2153-2154

Taupitz, Jochen, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?, Verhandlungen des 63. Deutschen Juristentages Leipzig 2000, Bd. 1, Gutachten Teil A, München 2000

Thias, Axel, Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Sterbens durch Einschränkung und Abbruch medizinischer Behandlung, Eine Untersuchung aus straf- und betreuungsrechtlicher Perspektive unter besonderer Berücksichtigung der Problematik des appallischen Syndroms, Frankfurt a.M. 2004

Tolmein, Oliver, Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit, Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht: Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland, Frankfurt a. M. 2004

Tröndle, Herbert/Fischer, Thomas, Strafgesetzbuch, 52. Aufl., München 2004

Uhlenbruck, Wilhelm, Bedenkliche Aushöhlung der Patientenrechte durch die Gerichte, NJW 2003, S. 1710-1712

Uhlenbruck, Wilhelm, Brauchen wir in Deutschland ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe?, NJW 2001, S. 2770-2772

Uhlenbruck, Wilhelm, Der Patientenbrief – die privatautonome Gestaltung des Rechtes auf einen menschenwürdigen Tod, NJW 1978, S. 566-570

Ulsenheimer, Klaus, Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Aufl., Heidelberg 2003

Verrel, Torsten, Mehr Fragen als Antworten – Besprechung der Entscheidung des XII. Zivilsenats des BGH vom 17.3.2003 über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten, NStZ 2003, S. 449-453

Vogel, Joachim/Hocke, Peter, Der Fall Theresa Marie Schiavo, JURA 2005, S. 709-714

Vollmert, Daniel, Richter über Leben und Tod?, Die Rolle des Richters bei der Realisierung von Patientenautonomie am Lebensende, Hamburg 2005

Wagenitz, Thomas, Finale Selbstbestimmung? Zu den Möglichkeiten und Grenzen der Patientenverfügungen im geltenden und künftigen Recht, FamRZ 2005, S. 669-678

Weber, Martin/Stiehl, Michael/Reiter, Johannes/Rittner, Christian, Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens, Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation, Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz, Deutsches Ärzteblatt 2001, Jg. 98, Heft 48, A 3184-3188

Wehler, Hans-Ulrich, Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Bd. 3, München 1995

Wernstedt, Thela, Sterbehilfe in Europa, Recht und Medizin, Bd. 66, Frankfurt a. M. 2004

Wessels, Johannes/Hettinger, Michael, Strafrecht Besonderer Teil/1, 28. Aufl., Heidelberg 2004

Zimmermann, Friedrich, Zur Auslegung des § 216 des Strafgesetzbuchs, Archiv für Strafrecht 29 (1881), S. 435-443

Ärztliche Richtlinien

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004), Deutsches Ärzteblatt 101(2004), A 1298-1299

Der hippokratische Eid, in: Gabriele Wolfslast/Christoph Conrads (Hrsg.), Textsammlung Sterbehilfe, Berlin/Heidelberg 2001, S. 253

Berichte und Reformentwürfe

Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe), in: Gabriele Wolfslast/Christoph Conrads (Hrsg.), Textsammlung Sterbehilfe, Berlin/Heidelberg 2001, S. 225-226

Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende" vom 10.6.2004: Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen (www. bmj.bund.de/media/archive/695.pdf)

Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23.4.2004: Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten (www.justiz.rlp.de)

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz), 1299 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP (Österreich)

Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts vom 5.11.2004, in: Volker Lipp, Patientenautonomie und Lebensschutz, Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe", Göttingen 2005, Anhang

Stellungnahme des Nationalen Ethikrats vom Juni 2005: Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung (www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfügung.html)

Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin" vom 13.9.2004: Patientenverfügungen, BT-Dr. 15/3700

Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin" vom 22.6.2005: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, BT-Dr. 15/5858

Historische Quellen

Allgemeines bürgerliches Strafgesetz für das Königreich Norwegen v. 22.5.1902, Sammlung Außerdeutscher Strafgesetzbücher, Bd. 10, 1904

Allgemeines Landrecht für die Preußischen Staaten (1794)

Bambergische Halsgerichts und Rechtlich Ordnung (1507), Die peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. nebst der Bamberger und der Brandenburger Halsgerichtsordnung sämmtlich nach den ältesten Drucken, hrsg. v. Heinrich Zoepfl, 2. Ausgabe, Leipzig 1876

Criminalgesetzbuch für das Herzogthum Braunschweig (10.7.1840), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 1, München 1858

Criminalgestzbuch für das Herzogthum Sachsen-Altenburg (3.5.1841), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 1, München 1858

Criminalgesetzbuch für das Königreich Sachsen (1838), hrsg. u. erläutert v. Christian Ernst Weiß, Bd. 1-2, 1841/2

Des Kurfürst August Verordnungen und Constitutionen von 1572, Quarta Pars, Criminalia, Const. V., Codex Augusteus, Bd. 1, Leipzig 1724, S. 118

Edictum Rothari (643), Leges Langobardorum, hrsg. v. Friedrich Bluhme, MGH, LL IV, Hannover 1868

Lex Alamannorum (um 725), Leges Alamannorum, hrsg. v. Karl Lehmann, Hannover 1888, neu aufgelegt von Karl August Eckhardt, MGH, LL nat. Germ. V 1, Hannover 1966

Lex Visigothorum (um 654), Leges Visigothorum, hrsg. v. Karl Zeumer, MGH, LL nat. Germ I, Hannover 1902

Pactus Alamannorum (um 625), Leges Alamannorum, hrsg. v. Karl Lehmann, Hannover 1888, neu aufgelegt von Karl August Eckhardt, MGH, LL nat. Germ. V 1, Hannover 1966

Pactus legis Salicae (um 500), hrsg. von Karl August Eckhardt, MGH, LL nat. Germ. IV 1, Hannover 1962

Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. (1532), hrsg. v. Friedrich-Christian Schroeder, Stuttgart 2000

Sachsenspiegel Landrecht (um 1225), hrsg. v. Claudius Frhr. v. Schwerin/Hans Thieme, Stuttgart 1987

Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages des Norddeutschen Bundes, I. Legislatur-Periode, Session 1870, 2. Bd., 34. Sitzung (4. April 1870), Bericht der IV. Kommission über den Entwurf des Strafgesetzbuchs, S. 639 ff.

Strafgesetzbuch für das Großherzogthum Baden (6.3.1845), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 2, München 1858

Strafgesetzbuch für das Großherzogthum Hessen (17.9.1841), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 2, München 1858

Strafgesetzbuch für das Herzogthum Nassau (14.4.1849), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 2, München 1858

Strafgesetzbuch für das Königreich Sachsen (13.8.1855), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 3, München 1858

Strafgesetzbuch für das Königreich Württemberg (1.3.1839), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 1, München 1858

Strafgesetzbuch für die Thüringischen Staaten (1850), Sammlung der deutschen Strafgesetzbücher, hrsg. v. Melchior Stenglein, Bd. 3, München 1858

Verbessertes Land-Recht des Königreichs Preussen von 1721